



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1993

V Legislatura

Núm. 49

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES**

Sesión núm. 3

**celebrada el martes, 19 de octubre de 1993**

---

Página

### ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia de personalidades y funcionarios de la Administración del Estado, al objeto de informar sobre temas relativos al proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1994. (BOCG, serie A, número 27-1, de 1-10-93. Número de expediente 121/000013.)
- Del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo (Conde Olasagasti). A solicitud de los Grupos Parlamentarios: Popular (número de expediente 212/000211), Socialista (número de expediente 212/000093) e Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya (número de expediente 212/000260). ..... 1398
  - Del señor Director General del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Temes Montes). A solicitud de los Grupos Parlamentarios: Socialista (número de expediente 212/000090) e Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya (número de expediente 212/000263). ..... 1404
  - Del señor Secretario General de la Salud (Gutiérrez Morlote). A solicitud de los Grupos Parlamentarios: Socialista (números de expedientes 212/000092 y 212/000091) e Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya (números de expedientes 212/000262 y 212/000261). ..... 1409

Se abre la sesión a las diez y cinco minutos de la mañana.

**COMPARECENCIAS DE PERSONALIDADES Y FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO, AL OBJETO DE INFORMAR SOBRE TEMAS RELATIVOS AL PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA 1994. (Número de expediente 121/000013.)**

- DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CONDE OLASAGASTI). A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS: POPULAR (número de expediente 212/000211), SOCIALISTA (número de expediente 212/000093) E IU-IC (número de expediente 212/000260).

La señora **PRESIDENTA**: Señoras y señores diputados, iniciamos la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo correspondiente al día de hoy. En el orden del día vamos a ver las comparecencias de personalidades y funcionarios de la Administración del Estado al objeto de informar sobre temas relativos al proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 1994.

En primer lugar, y se encuentra con nosotros para informar, contaremos con la presencia del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Conde. Pero me gustaría, señorías, antes de comenzar, hacer una pequeña aclaración sobre el orden del día.

Algunas de las iniciativas presentadas por los Grupos parlamentarios sobre comparecencias en relación a los Presupuestos Generales del Estado para 1994 iban dirigidas a órganos o a altos cargos que recientemente han sufrido modificaciones dentro del organigrama del Ministerio. En concreto, las cuestiones relativas al Consumo o a la extinta Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud deben corresponder actualmente al Subsecretario de Sanidad y Consumo, es decir, no comparecerá la persona que fue solicitada originariamente porque ha habido una modificación en el Ministerio y, por tanto, los temas referidos a Consumo y a la antigua Secretaría General del Sistema Nacional de Salud, como digo, los responderá el señor Conde. El resto quedaría tal como lo han solicitado.

Por tanto, si les parece, señorías, el procedimiento sería que en primer lugar intervengan los portavoces de los Grupos solicitantes de la comparecencia del señor Subsecretario del Ministerio y posteriormente él respondería a todas aquellas cuestiones que ustedes hayan planteado. Si hubiera lugar a alguna réplica para aclarar alguna pequeña cuestión que no hubiera quedado suficientemente explícita, lo veríamos posteriormente.

Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Popular, el Grupo Socialista y el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Cataluña.

En primer lugar, tiene la palabra el señor Cartagena por el Grupo Popular.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Bienvenido en nombre de mi Grupo, señor Conde, Subsecretario de Sanidad.

Nosotros nos hemos permitido desglosar, a efectos de ir parcialmente conociendo y contrastando los criterios y los números de este presupuesto, el principio del gran contingente de lo que es el gasto sanitario que se plantea en el proyecto, desmembrándolo de tal suerte que pudiéramos ir adentrándonos en capítulos que nos interesan, aunque unos más que otros. No despreciamos para nada lo que es el presupuesto del propio Ministerio, los treinta y tantos mil millones, ni lo que sería el problema de las transferencias a otras administraciones, sean autonómicas, locales, etcétera, pero preferimos entrar, si le parece, en un análisis de lo que sería un presupuesto; en este caso referido más a la gestión directa, a lo que sería el Insalud, gestión directa. Nos encontraríamos haciendo una reducción de los distintos epígrafes, puesto que estamos ante un proyecto de gasto de un billón doscientos cincuenta y cuatro mil millones, aproximadamente. Imputándole la deuda que se acumula, y ya se observa que viene a ser en torno al tres y pico por ciento, nos lleva a estar hablando en realidad de un presupuesto de un billón doscientos y algún mil millones. Y llama la atención que, respecto al actualizado de 1993, es inferior; estamos hablando de un 3 por ciento menos de presupuesto.

Hay algo que nos sorprende, y esperemos que este dato lo comparta, que nos llevaría a plantearnos la duda de si estaríamos ante un presupuesto con cierta irrealidad o si, por contra, habrá medidas políticas, que conocerá esta Comisión a través de su intervención, que puedan aproximarnos a esa situación. Si partimos de un proyecto de gasto para la gestión directa inferior al que se estima como actualizado para 1993, estaríamos quizá en un ámbito corto de movimiento o en el prólogo de medidas políticas que en cualquier caso justificaran semejante reducción o contención del gasto.

En cuanto a lo que se plantea en el presupuesto, por capítulos y de manera apresurada, en el Capítulo 1, que se refiere al personal, se observa un aumento importante del peso de las cuotas de la Seguridad Social, que en principio también nos plantea dudas. ¿Se refieren a las que están acumuladas de ejercicios anteriores o no? Se aprecia cierta tendencia al incentivo en la asistencia primaria, cosa que nos parece bien. Pasando rápido sobre ello, tiene un peso importante, el 51 por ciento del gasto total, tal como yo lo he enfocado, el gasto del personal.

En el Capítulo 2 aparecen elementos que también nos llaman la atención. Hay una reducción importante en la reparación y conservación que quizá, como comentaré después, tiene cierta incoherencia, o no nos encaja bien con determinados objetivos planteados en el contrato-programa de 1993 respecto a los planes de seguridad y mantenimiento de los hospitales, que luego comentaré. Hay un incremento muy escaso en la adquisición de materiales y suministros, por debajo de la inflación estimada para el año 1994, lo cual nos plantea serios interrogantes. ¿Cómo se puede cubrir con un incremento del 1,3 por

ciento frente a una inflación que el propio proyecto de presupuestos estima en 3,5? Ahí hay un desfase.

Se aprecia una incentivación, aparecen mejores contingentes para lo que son las colaboraciones, los conciertos, que tienen un peso del 11,2 por ciento del gasto total, tal como yo lo he enfocado. En cualquier caso, esa disminución sobre el IPC estimado pone muy en duda que pasará con los proveedores. ¿Se piensa que habrá una deuda acumulada? ¿Se irá a una restricción, por mecanismo de gestión, que explicará y que espero que nos convengan?

Respecto a las recetas de farmacia, nos encontramos que tiene un peso general del 17 por ciento del gasto total de lo que yo he estimado, y hay dos medidas que tienen incidencia, sin ninguna duda: el pacto con Farmaindustria, del 3 por ciento, y el Decreto de uso racional de medicamentos, conocido de otra manera por la prensa, que plantean serias dudas de que éstas pudieran ser medidas suficientes para una reducción que sobrepasa los diez puntos porcentuales y que no parece que fuera la tendencia en lo que está ocurriendo, según datos que hemos podido conocer.

En cuanto a las inversiones, se mantiene la misma tendencia en la reposición y en la asistencia especializada, igual que en 1993, y también se mantiene la tendencia en la nueva asistencia primaria. En cualquier caso, estamos en el contingente de inversión más bajo de los últimos años, en un peso escaso del 2,6 por ciento, que no era en principio previsible. Tendrá su explicación y esperamos obtenerla.

En cualquier caso, conectando con lo que la Ministra anunció hace unos días aquí, en su comparecencia del 30 de septiembre, ya entonces decía que habrá un catálogo de prestaciones. Significaba que para nada se entraría en la restricción de las prestaciones y comentaba el objetivo de la normalización en todo el Estado de las expectativas del usuario, es decir, una fórmula en principio aceptable y razonable. Habló de ordenación de profesiones sanitarias como un medio de la incentivación de la carrera, habló de retribuciones —esto no encaja demasiado bien, parece, con lo que en el proyecto que contemplamos se plantea en el Capítulo 1— y pidió corresponsabilidad a usuarios en el fraude, medida razonable; se comprometió al control del gasto y utilizó dos referencias muy claras: el contrato-programa y el famoso 3 por ciento del pacto con Farmaindustria. Lo que pasa es que, viendo el contrato-programa de 1993, allí se marcaban unos objetivos por programas. En la atención primaria se planteaban las unidades ponderadas asistenciales y especializadas, se hablaba de programas específicos (bucodental, maternoinfantil, sida, investigación, etcétera); concretamente, en psiquiatría se prorrogaba lo de 1992, y nos surge la duda de si para 1994 se va a seguir prorrogando, a la vista de cómo está planteado el presupuesto.

En un —llámese— contrato-programa de 1993 se hablaba de los conciertos, que ahora aparecen potenciados en este proyecto de 1994; se hablaba de las prestaciones complementarias, del transporte. Nos surge también un interrogante, con la lectura rápida y apresurada que he-

mos hecho, pues se trata más de escucharle a usted que de escucharme a mí, siendo otro de los conceptos que queda en nebulosa cuando menos. Era un objetivo por programa de aquel contrato-programa la formación MIR, la formación de los médicos de familia, de medicina familiar y comunitaria, pero específicamente, cuando se hablaba en aquel contrato-programa de los objetivos por capítulos presupuestarios, en el personal se insistía mucho en la vinculación de los profesionales, sanitarios o no, al sistema, en la eficacia o la eficiencia en el uso de los recursos, y se volvía a hablar de incentivación, con un Capítulo 1 en el que, en principio, la incentivación venía por vía de acuerdos cooperativos u otras cosas similares, que pretendan conseguir economías suficientes para completar retribuciones de supresión de listas de espera, etcétera, o a una mejor gestión.

En el Capítulo 2 de aquel objetivo del contrato-programa por capítulos presupuestarios se especificaba, y era un reto, que hubiera un plan de seguridad y mantenimiento de todos los hospitales a 31 de diciembre de 1993. Y surge la pregunta: si van a tener los hospitales ese plan de seguridad y mantenimiento en 1993, ¿lo van a poder llevar a cabo en 1994? Ese sería el problema. ¿Va a servir de algo tener el plan diseñado si hay o no soporte presupuestario?

El catálogo de productos, que era otra cosa importante para los centros de gestión, ¿será para reducir la adquisición de esos productos a la vista del bloqueo que en el Capítulo 2 del proyecto de gastos se nos plantea?

En el gasto de farmacia se planteaba un objetivo: nunca por encima del 10 por ciento del gasto efectivo de 1992. ¿Se ha cumplido en el año 1993 o no? ¿Cuál es la estimación del Ministerio? Porque insistimos en que, con la propuesta de gasto que se hace para 1994, difícilmente, a la vista de la evolución de las consecuencias del Decreto de uso racional y del pacto con Farmaindustria, se pueden justificar una cosa y otra.

En definitiva, y se lo voy a dar a modo de conclusión, a la vista del proyecto de 1994, tal como se nos ha presentado, a la vista de las indicaciones que la Ministra hizo sobre las sucesivas decisiones que parece que iba a tomar —el catálogo de prestaciones, etcétera—, a la vista del contrato-programa de 1993, advertimos cierta incoherencia, o por lo menos cierta confusión (y espero que no nos diga que es porque no sabemos interpretar los presupuestos, porque entonces no sería un diálogo y además quedaríamos mal) y, desde luego, surgen interrogantes. ¿Qué decisiones políticas se avecinan en prestaciones, en farmacia, en adquisición de bienes y servicios? Nosotros creemos que, tal como está presentado el presupuesto, tiene que haber unas decisiones políticas que no se nos han dicho. No nos encaja. Si los objetivos de 1993 no van a tener continuidad en 1994, dígame, no nos quedemos en cifras, que son, a la vista de lo que he comentado, de difícil intervención, o de confusa interpretación por lo menos. Dígame qué objetivos va a tener el contrato-programa de 1994 que justifiquen los números que se nos ponen delante. Si no, difícilmente vamos a poder comprender el sentido político de lo que se ha presentado.

Hay otros interrogantes. Las obligaciones no reconocidas de 1992, o las reconocidas y todavía no asimiladas por la Administración, por la gestión directa, por la gestión transferida, las desviaciones que se hubieren producido en 1993 en los suministros, en los derechos pendientes ante la Hacienda pública, en los intereses de la deuda, ¿dónde están, qué tratamiento tienen? ¿Están o no? Preguntas más fáciles de expresar y más evidentes: ¿Cómo se piensan reducir listas y tiempos de demora con un presupuesto que, en principio, establece una situación de bloqueo importante en el gasto sanitario? ¿Cómo se va a proceder a la liquidación de las llamadas deudas, sin entrar en el debate de si son deudas o no, de las deudas u obligaciones acumuladas, generadas en esos años 1992 ó 1993, que en principio intuimos que existen, aunque nadie nos ha cifrado?

Señor Subsecretario, éste es un planteamiento, si quiere, de primera intención, todavía liviano, pero en cualquier caso son muchos los interrogantes que nos plantea un presupuesto que, en principio y en nuestro fuero interno -lo decíamos con sinceridad-, parece irreal, que no acoge todo lo que debería ser presupuestado, y contradictorio con la tendencia de determinados programas que el Ministerio había establecido y algunos de los cuales eran plenamente compartidos por muchos grupos políticos.

Estas son las dudas. Esperamos sus explicaciones y poder tener la necesaria aproximación para comprender mejor cuál es su proyecto político para el ejercicio próximo, dado que los números, al principio, no parecen sino establecer una quiebra en la tendencia de lo que hasta ahora sucedía.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Bienvenido, señor Conde, en su comparecencia ante la Comisión.

Yo quería decir, en primer lugar, que hay preocupaciones que ha expresado el señor Cartagena que mi Grupo comparte, pero que, en función del orden del día de la Comisión, y dado que mi Grupo ha pedido la comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud, en principio me parecía más lógico dirigírselas a él. No sé cómo transcurrirá la mañana, pero espero que el tiempo sea utilizado de la manera más eficaz para todos. Por lo tanto, me voy a remitir exclusivamente a los aspectos no Insalud del presupuesto.

En primer lugar, yo quería señalar que, de alguna manera, y desmintiendo o, al menos, valorando de diferente forma las palabras de la señora Ministra de Sanidad, del análisis de la función Sanidad en los Presupuestos Generales del Estado para 1994 en relación con el gasto realizado en 1993, de acuerdo con los propios datos del Ministerio respecto a las previsiones de gasto de 1993, se deduce que decrece en torno a los siete puntos. Es decir, que es imposible no valorar que o bien se va a producir un deterioro de la sanidad pública, en función de la precarización de su situación por la reducción presupuesta-

ria, o bien hay que pensar en que va a haber algún tipo de recorte de prestaciones, o bien, insensatamente, se va a seguir acumulando deuda. Quiero decir también que es necesario relacionar esta disminución global del presupuesto con el incremento del gasto en conciertos, que es de las pocas partidas presupuestarias que aumentan en el presupuesto del Ministerio de Sanidad.

Asimismo quiero preguntarle, señor Conde, qué pasa con la deuda que supuestamente se ha generado en los años 1992 y 1993, teniendo en cuenta que el presupuesto ya consolidado en el año 1992 arroja desviaciones, según los datos del propio Ministerio, en conciertos, del 20 por ciento y, en farmacia, del 30 por ciento. Después de analizar exclusivamente el presupuesto del Ministerio de Sanidad, es decir, los 32.166 millones de pesetas, descontando los 140.000 millones que se refieren a la atención de las obligaciones económicas de la desviación presupuestaria hasta 1991 y eliminando el sorprendente aumento del programa de planificación de la asistencia sanitaria (que yo, en un principio y de una manera un poco ingenua, relacioné con el repetido anuncio del Plan integrado de salud, hasta descubrir que realmente no es así, sino que en esta partida se incluyen las indemnizaciones a enfermos hemofílicos infectados de sida, por valor de 6.000 millones de pesetas), yo quería hacerle una pregunta bien concreta relacionada con esta partida. Aquí aparece una transferencia de 1.333 millones de pesetas a la Junta de Galicia, como cumplimiento de un compromiso del año 1990. La pregunta que yo quiero hacerle es la siguiente: ¿Qué criterios de planificación sanitaria se han utilizado para plantear la construcción de un tercer hospital general público en la ciudad de Santiago de Compostela, de 150.000 habitantes, teniendo en cuenta que en el territorio gallego hay zonas con muchísima menor cobertura en camas de hospitalización general?

Otro de los temas sobre los que quiero preguntarle es qué previsiones tiene el Ministerio respecto a la finalización de las obras que, dependientes de diferentes centros del Instituto Carlos III, se realizan en Majadahonda y Chamartín. Según la información que yo poseo, en el año 1993 ya hubo una previsión de gasto de 1.050 millones de pesetas, que finalmente se redujeron, en el año 1993, a 188 millones. Según el análisis de los presupuestos para el año 1994, la cantidad presupuestada es solamente de 117 millones. Mi pregunta es: ¿Qué previsión de finalización de las obras tiene el Ministerio de Sanidad, dado que, a este ritmo, evidentemente, el proceso se puede alargar en el tiempo?

Finalmente, quiero preguntarle cómo va a poder llevar a cabo sus objetivos el Ministerio de Sanidad con la disminución, sin valorar el efecto deflactor del PIB en el año 1994, en programas del presupuesto del Ministerio, como los siguientes: Una reducción del 12 por ciento en actividades de protección a los derechos del consumidor, un 10 por ciento de disminución en las actividades de control y fomento de calidad en artículos de consumo; sorprendentemente, un 2,8 por ciento de reducción en las actividades en uso racional del medicamento, lo que sin duda pone serios interrogantes a la viabilidad de la re-

ducción del gasto farmacéutico que presupuesta el Insalud para 1994. Una reducción de un 33,7 por ciento en actividades de coordinación general sanitaria (¿qué tipo de actividades son las que se van a reducir en este ámbito? Un 15,8 por ciento de reducción en el presupuesto de la Escuela Nacional de Sanidad y un 79 por ciento de reducción en las actividades para la ordenación de las profesiones sanitarias, cuando la Ministra, en su comparecencia ante esta Comisión, anunciaba un proyecto de ley de ordenación de las mismas.

Por mi parte, éstos son los interrogantes concretos que quería plantear al señor Conde.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Bienvenido a esta Comisión, señor Subsecretario. Esperamos poderle recibir en alguna otra ocasión con temas menos puntuales que estos de presupuestos.

Cómo yo, en principio, no tengo ninguna duda sobre el proyecto político que se representa, mi intervención va a ser muy breve y me voy a referir a dos preguntas bastante concretas. Una más bien de tipo general, que se refiere a las fuentes de financiación, y otra más concreta, que quizá tenga algo que ver con lo que la representante de Izquierda Unida ha comentado en su intervención.

Respecto a la pregunta más general, al observar de manera también muy general las fuentes de financiación del Insalud para 1994 llama la atención especialmente, en la estructura de financiación, el bajo crecimiento que experimenta el componente de las cotizaciones, puesto que solamente se incrementa en un 3,31 por ciento y, teniendo en cuenta que el incremento de los presupuestos es de un 6,52, cabe preguntarse, en primer lugar, cuáles son las causas de esto y qué efectos tiene o puede tener sobre otros componentes de esa estructura de financiación del Insalud, que es concretamente el tema de las aportaciones del Estado, que se incrementan de manera bastante más espectacular: un 8,31 por ciento. Lógicamente, me refiero al Insalud, porque tampoco entro, a pesar de que luego viene el Director General del Insalud, en los presupuestos generales del Ministerio.

La otra pregunta más concreta, que creo que está ligada con algo que ha dicho ya la representante de Izquierda Unida, es relativa al tema de los hemofílicos. Me gustaría que se explicara un poco más, porque llama la atención, al ver el programa 413-G, que es el programa de coordinación general de la salud, que desaparecen esas ayudas. Aunque parece que están realmente incorporadas en algún otro capítulo, quisiera que nos explicara más claramente este tema.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las intervenciones de los distintos Grupos que han solicitado su comparecencia damos la palabra al señor Conde, Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Quiero dar las gracias a todos los que han solicitado mi comparecencia. Agradezco también el tono y contenido de las preguntas, por cuanto sí me parece, señor Cartagena, que se sale de los números; lo que pasa es que además de los números hay que leer la letra. Eso puede explicar alguna de sus inquietudes.

Efectivamente coinciden algunas de las preguntas, y no hay que olvidar que hay una comparecencia posterior del Director General del Insalud, que ha sido solicitada por los Grupos de Izquierda Unida y Socialista, que probablemente completará la información que yo voy a dar ahora.

Hay que comentar una cuestión de carácter bastante general y es que, naturalmente, el presupuesto sanitario español no es ajeno a la situación económica general de nuestro país y, en consecuencia, es un presupuesto obviamente austero, exigente, solidario, en la medida en que pese a esa austeridad trata de mantener los niveles de cobertura sanitaria alcanzados y, además, a nuestro modo de ver, pese a las dudas que plantean tanto el Grupo Popular como el de Izquierda Unida, es un presupuesto realista que permite cubrir estos objetivos.

El crecimiento sobre el presupuesto inicial del año anterior es del 6 por ciento. Si es verdad que descontamos la incorporación que en ese presupuesto lleva el saneamiento de alguna deuda, realmente es el 4 por ciento. Usted ha aludido a la previsión de liquidación. La previsión de liquidación de 1993 contempla cuestiones que no son trasladables, que no son consolidables para el presupuesto de 1994. En consecuencia, el presupuesto de 1994 crece sobre el gasto de 1993 muy ligeramente; es cierto, pero crece.

Señalaba usted que el Capítulo 1 es uno de los que crece de manera más notoria. De ese crecimiento del 8 por ciento una parte importante es atribuible a cuotas de Seguridad Social y se dice abiertamente en los presupuestos que incluye una partida de saneamiento de deudas de Seguridad Social. Por consiguiente, el crecimiento real del Capítulo 1 es del orden del cuatro y pico por ciento.

En el Capítulo 2 hay dos partes: la que se refiere a conciertos y la que se refiere a bienes y servicios. Se mantiene la tónica de ajustarlo a la previsión de gasto real. No hay que olvidar que llevamos bastante tiempo, y usted lo ha mencionado, utilizando el contrato-programa y medidas de gestión que han permitido abaratar considerablemente los costos de la compra de bienes y servicios, y eso tiene, además, algún añadido. Ciertamente existe un problema de deuda con proveedores que va resolviéndose progresivamente. Hoy el problema es bastante menor que hace un año o dos, y el hecho de que en el año 1994 se vaya a liquidar el último plazo pendiente de deudas con proveedores anteriores al año 1991 por valor de 140.000 millones de pesetas en el sistema va a permitir probablemente mejorar nuestra gestión en la compra de suministros.

El capítulo de conciertos crece de manera importante, lo cual es enjuiciado de manera diferente por la represen-

tante de Izquierda Unida y por el representante del Grupo Popular. En todo caso tiene una clara explicación. Nosotros creemos que es importante la existencia de un sector concertado, público y privado, solvente, puesto que hemos definido con mucha claridad la diferencia entre los principios de financiación y aseguramiento público y previsión. Para que exista ese sector concertado sólido y solvente la financiación de sus servicios tiene que ser apropiada.

Hemos procedido a la puesta en marcha de algunos conciertos singulares, que llamamos sustitutorios, con hospitales de mucha envergadura que realizan la función que debería realizar un hospital del Insalud en ese territorio, pongo como ejemplo el Hospital Gregorio Marañón o la Fundación Jiménez Díaz en Madrid. Que esos hospitales realicen el volumen y calidad de trabajo que requerimos de ellos al coste razonable que deben tener supone una operación de financiación adecuada que se ha traducido en esa mejora de los conciertos, puesto que, insisto y repito, queremos que la existencia del sector concertado esté garantizada.

Se ha mencionado la fuerte contención y restricción del gasto en recetas, en prescripción farmacéutica extrahospitalaria. Efectivamente, hay todo un conjunto de medidas detrás de esa voluntad política, muchas de las cuales ya están expresadas en los textos que acompañan a la memoria o a los Presupuestos; algunas otras no, otras se han anunciado en los medios de información. En todo caso, el Director General del Insalud seguro que lo va a explicar de manera más detallada.

De todos modos quiero adelantar el trabajo que se va a hacer sobre el gasto farmacéutico extrahospitalario. Primero, se ha considerado oportuno hacer una fuerte operación de contención del gasto en ese terreno por estar convencidos de que el crecimiento a los ritmos que venían dándose en los años anteriores no repercutía de manera clara en la mejora de nivel de salud de los ciudadanos; tenemos que conseguir que cada peseta invertida produzca un retorno adecuado en salud.

Las medidas en el mundo de la prescripción farmacéutica se van a centrar en la oferta y en la demanda, por expresarlo en términos de mercado. En la oferta, como saben, está el acuerdo con Farmaindustria; estamos estudiando alguna otra cuestión de reducción de margen de las oficinas de farmacia. El Decreto de financiación selectiva ha producido sus efectos. Quiero anunciarles que ya el primer mes en el que esos efectos se han podido notar —porque hasta el mes de agosto eso era imposible— la tendencia creciente del gasto farmacéutico se ha quebrado manifiestamente. Ese Decreto aún tiene algunas posibilidades más que hemos de seguir explotando para poner a disposición del ciudadano solamente aquellos medicamentos que realmente sean trascendentes y relevantes para su salud.

Desde el lado de la demanda, por calificarla de algún modo, el conjunto de medidas se va a centrar sobre todo en la individualización del gasto farmacéutico a nivel de las gerencias de atención primaria y a nivel de cada médico prescriptor para que conozca su perfil terapéutico y el

uso que está haciendo de él. Se van a acentuar todas las medidas tendentes a corregir el fraude a través de la mejora de información en la prescripción.

En definitiva, sí hay un conjunto de medidas que permiten garantizar el que vamos a conseguir cumplir con ese presupuesto que nos hemos marcado, efectivamente estricto y austero.

Quiero anunciarle que sí se está cumpliendo la previsión del año 1993 y posiblemente estemos por debajo del 10 por ciento que se anunciaba debido a esa quiebra de tendencia que se ha producido con ocasión de la entrada en vigor del Decreto de financiación selectiva de los medicamentos.

Preocupa a su señoría la caída, por decirlo de alguna manera, o la reducción del capítulo de inversiones. Obviamente, a nosotros también. Pero sí quiero anunciar que el plan de inversiones Insalud-gestión directa tiene una perspectiva de cuatro o cinco años y que nuestras previsiones en el futuro más inmediato con la incorporación de los fondos Feder de la Comunidad Económica Europea es que ese panorama ha de mejorar necesariamente en el año 1995. En todo caso, para el año 1994 se garantiza la continuidad de aquellas inversiones que estaban comprometidas, y en el caso concreto de la atención especializada se centran sobre todo en todas aquellas inversiones que tienen que ver con la reposición, con el mantenimiento adecuado de nuestra estructura hospitalaria.

Efectivamente, se ha anunciado la puesta en marcha, a través de la norma que proceda, de una ordenación de las prestaciones y un catálogo de las mismas, de tal manera que garanticemos, de un lado, los derechos positivos de los ciudadanos a la hora de acudir al sistema público de salud, que sepan cuáles son aquellas prestaciones a las que el Estado se obliga y garantiza, sentando asimismo el procedimiento de inclusión o exclusión de nuevas prestaciones con criterios de efectividad clínica y de trascendencia y utilidad para la salud.

Ese es un proyecto que no tiene una vocación de contención del gasto, como a veces se ha podido identificar, sino de consolidación de lo existente y ordenación, eso sí, del futuro. No podemos permitir que nuestro sistema y nuestras prestaciones crezcan desordenadamente sin una previa evaluación de su impacto real en la salud de los ciudadanos.

Esa norma de ordenación de las prestaciones, cuyos principios han sido apoyados unánimemente por todos los consejeros que constituyen el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluidos los de su Grupo Parlamentario, está en este momento en marcha y están trabajando las comisiones técnicas responsables de su elaboración.

También ha mencionado su preocupación porque la Ministra había mencionado cambios de orientación en la política de los profesionales en orden a sus retribuciones y decía que no casaba esto con los crecimientos, escasos evidentemente, previstos en el Capítulo 1, personal. Aquí estamos pensando mucho más en modificación de la estructura retributiva y vinculación de la misma al

logro de determinados objetivos que en crecimientos globales del Capítulo 1. Dicho de otra manera, nos parece que el actual sistema retributivo no contempla adecuadamente el mayor y mejor trabajo y hay que bucar el procedimiento para que eso sea así con el presupuesto de que disponemos.

El contrato-programa que se firmó en el año 1993 contiene una serie de objetivos que hasta la fecha, pendientes de su última evaluación, vienen cumpliéndose con bastante rigor y pensamos que el contrato-programa que se prepare para el año 1994 va a poder seguir dando cuenta de tales objetivos. Mencionaba S. S. que no veía un reflejo presupuestario que permitiera asegurar esto. Yo creo que hay cuestiones, como la que usted mismo ha mencionado del plan de seguridad, que no requieren otro reflejo presupuestario que el existente, entre otras cosas porque obedecen sobre todo a medidas de carácter organizativo interno que no tiene por qué suponer aumento del gasto.

Ha mencionado prestaciones complementarias y temas tales como el transporte. Justamente estas reformas internas y procedimientos de gestión nuevos que se han venido aplicando desde la implantación del plan de gestión y el contrato-programa han permitido, utilizando los mismos o menores fondos que se dedicaban a este capítulo, dar el servicio adecuado. Estoy refiriéndome, por ejemplo, a la contratación del transporte sanitario en bloque para toda una provincia o una comunidad, de tal manera que se consigue, con menores cantidades globales, un servicio más adecuado.

El catálogo de productos, al que también se ha referido, justamente era una medida de gestión que pretende, y yo creo que va a lograrlo, que paguemos lo mismo por los mismos productos en todos los sitios y no venga a suceder que por el mismo producto estemos pagando cantidades distintas en los hospitales. Hemos de homologar productos/precios y a lo largo del año 1993 se ha desarrollado lo que hemos denominado «contratos de tipo», con arreglo a los cuales se fija, por el procedimiento de concurso, un precio para un determinado producto, que es al que todos los hospitales han de comprarlo. En definitiva, medidas de gestión que han dado sus frutos a lo largo del año 1993 y que permiten pensar que en el año 1994, con un presupuesto exigente y austero, tendremos que ser capaces de dar los servicios a los que venimos obligados.

En cuanto a las obligaciones 1992-93, a las que han hecho referencia tanto S. S. como la representante de Izquierda Unida, he de confirmar, puesto que así lo ha anunciado la señora Ministra, que hay el compromiso público de establecer entre las comunidades autónomas que tienen transferidas la competencia y el Ministerio de Economía y Hacienda (de hecho se inician inmediatamente las conversaciones de estudio y análisis) cuál ha sido en el año 1992 y cuál eventualmente pueda ser en el año 1993 el volumen de —llamémoslo así— aplazamientos de pago que quedan efectivamente pendientes de ser retribuidos. De hecho, algunos de estos compromisos no cubiertos en su momento, que tenemos perfectamente localizados, como eran las cuotas de Seguridad Social en el caso del Insalud, ya se han incorporado al presupuesto

del año 1994, pero a lo largo de los próximos meses y de acuerdo con las comunidades autónomas y el Ministerio de Economía y Hacienda se va a hacer el análisis detallado de cuál pueda ser ese volumen de gasto pendiente del año 1992 y eventualmente del año 1993 para, una vez realizado, proceder a su saneamiento por el procedimiento que en su momento se decida.

En todo caso tengo que comunicarles que, gracias a ir aproximando cada vez más el presupuesto inicial al gasto efectivo, al gasto real, merced al conjunto de medidas de gestión que se han venido desarrollando en los últimos dos años, esa desviación es bastante menor de la que se viene anunciando por algunos agentes sociales.

Tendría que decir, contestando a la representante de Izquierda Unida y un poco insistiendo en cosas que he dicho al principio relativas al Presupuesto en general, que no hay previsto ningún recorte de prestación sanitaria. Sí está prevista la contención y la ordenación de la introducción de nuevas prestaciones y sí está previsto continuar en la línea de mejora de gestión que permite obtener de los mismos recursos un resultado mejor y sí, también, hacer un tratamiento de la deuda de los dos años, 1992 y 1993.

El crecimiento del capítulo de la Secretaría de Planificación obedece, efectivamente, al Decreto-ley de ayudas a los hemofílicos y transfundidos con VIH, tema que explicaré después con algún detalle en respuesta a la representante del Grupo Socialista.

El Plan de Salud recuerdo que se planteó también el año pasado y tengo que decir que está en este momento en la siguiente fase. Hay diez comunidades autónomas que han hecho lo que pudiera considerarse un plan de salud por parte de las comunidades autónomas, aunque no está definitivamente ultimado en todas ellas, y hay un documento bastante avanzado por parte del Ministerio de lo que pudiera ser el esqueleto que integre los elementos de los planes de salud de las comunidades autónomas para dar lugar al plan integrado de salud. No voy a anunciar un plazo, pero sí puedo decir que en este momento estamos en una fase bastante avanzada para la elaboración de semejante plan.

La transferencia de 1.300 millones destinada al Hospital Clínico de Santiago de Compostela procedía de un compromiso adquirido en el momento de la transferencia a Galicia, que se ha materializado este año. Era un hospital que estaba previsto en los planes inversores del Insalud antes de su transferencia y sí obedecía a criterios de planificación por necesidad en esa comunidad autónoma.

Efectivamente, ha habido una reducción de algunos de los programas específicos tanto de Consumo como de la Dirección de Farmacia y de coordinación general en los que evidentemente ha sido así, puesto que no hemos podido escapar —repito— a la situación de austeridad y restricción económica y como tal han debido ser contenidos, sin que eso quiera decir que renunciemos a mantener las actividades en un nivel que consideramos imprescindible.



Por lo que se refiere al estado de las obras en el Carlos III, en Chamartín, me va a permitir que se lo envíe posteriormente por escrito, porque de ese asunto concreto y puntual no dispongo de información suficiente en este momento.

Paso a contestar a la representante del Grupo Socialista, que ha hecho dos preguntas, una relativa a la financiación del Insalud y otra a las ayudas a los hemofílicos.

Efectivamente, llama la atención, al contemplar las fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud, tanto directo como transferido, en el año 1994, el crecimiento de las dos partidas básicas que constituyen su financiación, es decir, cuotas de Seguridad Social y aportación finalista del Estado. Las cuotas de Seguridad Social crecen sólo un 3,3 por ciento, mientras que la aportación finalista del Estado crece un 9,37, en lo que se refiere a gastos corrientes, 8 si consideramos además las inversiones. Ello yo creo que traduce una voluntad política clara y definida: los números reflejan no solamente cuentas sino voluntades. Dada la situación del empleo en nuestro país, de la actividad económica en general, ha parecido muchísimo más lógico hacer el esfuerzo solidario desde el lado de las contribuciones de todos, desde el lado del Estado para financiar el sistema público de salud, que hacerlo desde el lado de las cotizaciones de empresarios y trabajadores en la situación en la que estamos.

Por otro lado, existe una modificación presupuestaria importante relativa a las ayudas a los hemofílicos. En ejercicios anteriores había una partida muy inferior destinada, con carácter general, a la ayuda a este colectivo, pero, como SS. SS. saben, a lo largo de los primeros meses del año 1993 -culminó en el mes de junio- se producen una serie de contactos y conversaciones con el colectivo de hemofílicos y personas que a través de una transfusión -que es un número muy poco relevante, pero sí el de hemofílicos- habían contraído la contaminación por el sida. A la vista de la situación bastante patética que se había creado en algunos de estos colectivos y entendiendo, sin embargo, que esa situación fue absolutamente inevitable, puesto que el estado de la ciencia en el momento en el que ese contagio se pudo producir a través de los factores de coagulación, a través de las transfusiones sanguíneas, impedía el haber controlado ese problema, por el Gobierno -y sometido después a las Cortes- se acordó la creación de un fondo de ayudas a ese colectivo de personas afectadas, en torno a unas 1.300 ó 1.400, y a tal efecto se constituyó, ya en el año 1993, un fondo económico a través de modificaciones y ampliaciones presupuestarias. Para el año 1994 ese fondo aparece de nuevo en el ejercicio, puesto que la ayuda venía en dos plazos, y además aparece con carácter ampliable por una razón bastante lógica, y es que, aunque hay un censo bastante aproximado del número de personas afectadas por esta situación, desconocemos si puede haber alguna más que no tengamos censada; pero el cálculo está hecho sobre el censo y no sobre eventualidades que pueden surgir. Por eso el crédito es ampliable. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, supongo que pide la palabra para hacer alguna concreción.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Solamente para solicitar que la información por escrito se refiera también a las reducciones de las partidas que he indicado, que probablemente son cosas muy de detalle que no está en condiciones de responder.

En segundo lugar, con respecto al hospital de Santiago de Compostela, quiero decir que mi Grupo no cuestiona la necesidad en la Comunidad gallega de un nuevo hospital, sino en concreto que se ubicara en una ciudad en la que ya hay dos hospitales públicos previamente.

La señora **PRESIDENTA**: Finalizado, por tanto, el turno correspondiente al Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, le despedimos por hoy de esta Comisión, agradeciéndole su presencia.

**- DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) (TEMES MONTES). A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS SOCIALISTA (número de expediente 212/000090), IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (número de expediente 212/000263).**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, el segundo punto del orden del día contempla la presencia y la comparecencia ante nosotros del señor don José Luis Temes, Director General del Instituto Nacional de la Salud, a quien damos la bienvenida a esta Comisión. Su comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y por el Grupo Socialista, para informar o aclarar determinados temas que tienen que ver con el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 1994. Por tanto, bienvenido, señor Temes, a esta Comisión.

Por el Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Buenos días, señor Temes, y gracias por estar aquí para aclarar con sus valoraciones las dudas que han surgido a la hora de analizar los presupuestos, en lo que se refiere concretamente al Insalud.

La primera de ellas es, sin duda, de carácter general, y aunque conozco declaraciones del señor Temes que de alguna manera podrían contribuir a aclarar la duda que quiero plantearle, el tema es de tal envergadura que solicito en la Comisión, en el Parlamento, una aclaración suya sobre este tema. Se refiere a los criterios por los cuales el señor Temes afirma que el personal estatutario del Insalud no está afectado por el proyecto de Ley de Medidas Fiscales y de reforma del Régimen Jurídico de la Función Pública y de la Protección por Desempleo.

La preocupación que yo manifiesto tiene un origen de ámbito general. Es evidente que, independientemente de



declaraciones a los medios de comunicación, hay una línea de tendencia en las reformas que se están llevando a cabo en el Ministerio de Sanidad, y quiero decirlo con toda tranquilidad, que se refieren fundamentalmente a las líneas básicas en las que se desarrolló el informe Abril Martorell, es decir, separación entre financiación y provisión y aseguramiento de servicios y gestión empresarial de los centros. Queda el gran interrogante en la laboralización del personal estatutario. Ha habido declaraciones de consejeros de comunidades autónomas diciendo que el gran problema del contrato-programa son los impedimentos en la vinculación de los temas de personal al presupuesto individualizado por centro o por servicio. Yo sé que, desde el punto de vista legal, la Ley 30/84, que pretende reformar el proyecto de ley que va a ser debatido y votado en este Congreso, afecta solamente de forma subsidiaria al estatuto marco de los trabajadores del Insalud. Sin embargo, la pregunta que yo quiero hacerle es de tipo político y no jurídico. En el término jurídico es evidente que va a seguir siendo una norma aplicada subsidiariamente a temas no concretados en el estatuto marco. La pregunta que yo le hago es política, en el sentido de que el Ministerio de Sanidad pretende tomar medidas que acerquen la situación laboral de los trabajadores sanitarios públicos a las tendencias que se relacionaban en el informe Abril Martorell, y más concretamente que se ven afectadas por este proyecto de ley.

Otra de las preguntas de tipo general, a las que aludí en la valoración global de los presupuestos al señor Conde, está relacionada con el incremento en los gastos en concierto y con la disminución en inversiones. A todas luces parecería, incluso a personas no muy expertas en situaciones económicas, una decisión política. Se disminuye sustancialmente respecto a ejercicios anteriores el dinero destinado a la creación de infraestructuras propias y aumenta la partida correspondiente a los conciertos con otras entidades. ¿Entiende el señor Temes que esto está reflejando una decisión política por parte del Ministerio? Por cierto, otros ministros de Sanidad aludieron expresamente a ella, en un intento de fomentar la participación del sector privado dentro del sistema sanitario. Respecto a una de las partidas estrella sobre modificaciones recientes en la normativa, como son las recetas médicas y de farmacia, en este presupuesto se prevé una reducción del 2,6 por ciento sobre el presupuesto inicial, pero si lo valoramos en relación con el gasto consolidado del año 1993, alcanza un 12,8 por ciento. Quiero preguntarle de qué forma se van a conseguir estas reducciones si el presupuesto del programa de uso racional del medicamento se reduce en cuanto a los presupuestos destinados a esta misma partida en ejercicios anteriores. Tengo que decir -aunque en otras ocasiones lo he señalado, porque me preocupa- que esta situación va a incidir negativamente en una de las situaciones que caracteriza al sector farmacéutico en nuestro país. Por cada peseta que gasta el Ministerio de Sanidad en información científica independiente a los profesionales sanitarios en materia de medicamentos, los laboratorios gastan 350 pesetas. ¿Entiende el señor Temes que la decisión final respecto a la

prescripción está influenciada adecuadamente en relación con criterios comerciales y con criterios científicos?

Una de las cuestiones que más me preocupa se refiere a si tiene el Insalud intención de potenciar, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, el Prosereme, el Programa Selectivo de Revisión del Medicamento, de manera que puedan tomarse medidas más adecuadas al uso racional de medicamentos que las que plantea la simple exclusión de determinados medicamentos, como se dijo en un real decreto de financiación selectiva

El catálogo de prestaciones, al que la señora Ministra hizo referencia en esta Comisión y al que entiendo que diferentes cargos del Ministerio de Sanidad hacen referencia sin concretar, ¿cuándo entrará en vigor? ¿Qué fecha tienen prevista para la ordenación y puesta en vigor de este catálogo de prestaciones?

La señora **PRESIDENTA**: Perdona un momento, señora Maestro, me gustaría recordarle que el trámite en que nos encontramos hoy es para informar, aclarar, preguntar, sobre el proyecto de presupuestos generales del Estado referentes al Ministerio de Sanidad y Consumo. Sus preguntas, a mi modo de ver, evidentemente son muy interesantes, tienen mucho que ver con el Ministerio de Sanidad y Consumo, pero quizá no se ciñen demasiado a la solicitud de la comparecencia de hoy. Le ruego que procure ajustarse a ella.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Voy a pasar a preguntas más concretas; lo que quería era, por tener un orden lógico, iniciar mi intervención con preguntas de tipo general.

En los presupuestos aparece, además de la partida de 28.000 millones de pesetas, relacionada con cuotas de la Seguridad Social, otra partida de 27.410 millones de pesetas en un apartado que también se relaciona con cuotas de prestaciones y gastos sociales. Quería preguntarle en relación con qué. Es decir, aparecen dos partidas, una que se supone que es para hacer frente a la deuda de la Seguridad Social y otra, en el artículo 16, cuotas, prestaciones y gastos sociales, que aparece con un volumen de 27.410 millones de pesetas. A los sindicatos, en alguna ocasión, el Insalud les ha comentado que esta partida iría destinada a amortizar un error en la valoración de la cuota de la Seguridad Social. Quería que me concretara el señor Temes este aspecto.

Otra de las preguntas concretas que quería hacerle se refiere a la integración en el régimen de la Seguridad Social de funcionarios de la Administración, en virtud del Real Decreto 480/1993. Y partiendo de la base de que mi Grupo valora positivamente la integración de este personal en el régimen de la Seguridad Social, quería preguntarle en qué volumen se incrementaría, a juicio del Insalud, el número de personas incluidas dentro de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y en función de ello qué incremento está previsto en infraestructuras para evitar que este aumento en la cobertura no eleve la masificación en la prestación de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, en los presupuestos está prevista una ampliación. Este año, los ingresos en el Insalud debido a prestación sanitaria a terceros se presupuesta en 58.748 millones de pesetas; se hace referencia también a la posibilidad de que los gerentes puedan abrir cuentas y que esta cantidad pueda utilizarse como incentivos en la remuneración al personal. La pregunta concreta es, ¿qué cantidad se calcula destinar a este efecto y qué tipo de control sobre el mismo piensa ejercer el Ministerio de Sanidad?

Otra de las preguntas concretas está relacionada con la atención primaria. Aparecen 25 nuevos centros de salud de nueva creación, con una dotación inicial, igual para todos, de 60 millones de pesetas. Que la cantidad sea exactamente igual para todos y a todas luces insuficiente para acometer un volumen importante de obras en todo un año, me lleva a preguntarle qué objeto ha tenido dedicar una partida de estas características a centros de salud.

No aparece dotación en inversiones para nuevos hospitales. Quiero preguntarle concretamente qué pasa con la anunciada construcción del hospital de Las Palmas de Gran Canaria, que no aparece en los presupuestos en inversiones en obra nueva para el año 1994. También quería preguntar si, a juicio del señor Temes, están cubiertas las necesidades de infraestructuras sanitarias públicas, en lo que se refiere a hospitales de agudos y a hospitales de crónicos.

Otra de las preguntas concretas es en qué fecha está prevista la finalización de las obras del hospital del Torrelavega. Supongo que el hecho de que no aparezca cantidad alguna en el año 1994 es porque la finalización de las obras se prevé en el año 1993. También quería preguntarle cuándo está previsto que entre en funcionamiento, y la dotación de puesta en marcha, si se refiere al ejercicio de 1993 o hay alguna partida no explícita en los presupuestos de 1994 para hacer frente a la dotación de material que requiera ese hospital.

En el incremento del capítulo 2, por conciertos, en el texto de los presupuestos se hace referencia a que tal incremento se debe tanto al aumento de los conciertos con entidades privadas como a la asunción, por parte del Insalud, de la gestión de centros hasta ahora dependientes de comunidades autónomas o de diputaciones.

Quería preguntarle, en concreto, qué tanto por ciento de ese incremento se refiere al concierto con entidades privadas.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: En primer lugar, deseo dar la bienvenida al señor Temes.

También yo seré extremadamente breve en este caso. Voy a incidir en algunas preguntas que han preocupado a la portavoz de Izquierda Unida. Deseo que dé una visión generalizada del presupuesto inicial de 1994, comparándolo con el presupuesto del Insalud de 1993. Hay dos conceptos que experimentan una modificación a la baja. Me refiero, por una parte, al concepto de inversiones,

que disminuye casi un 17 por ciento, y, por otra, al de farmacia, que lo hace un 2,62 por ciento.

Quisiera aclarar que estoy convencida de que hay muchas razones económicas que influyen sobre el comportamiento de las inversiones, más allá de cualquier otro tipo de razón política. Por tanto, quisiera que el Director General clarificara estas dos disminuciones: una, en el gasto farmacéutico, y ya conocemos la postura a este respecto, pues ha sido expuesta por la Ministra de Sanidad en esta misma Comisión; y otra en las inversiones. Conviene aclarar qué es lo que ocurre con esta disminución de las inversiones y cómo quedan las inversiones en reposición, que estimo que es uno de los temas importantes.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder, en la medida en que ello sea posible, evidentemente, a las intervenciones de las señoras portavoces de los grupos que han intervenido, tiene la palabra el señor Temes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Temes Montes): Quisiera empezar diciendo a la señora portavoz del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya que hemos pedido una comparecencia para explicar las líneas generales de actuación del Insalud. Muchas de sus inquietudes deberían resolverse en esa comparecencia y quizás hoy debiéramos centrarnos en los temas más estrictamente relacionados con el presupuesto, aunque de cualquier manera, yo procuraré responder a la mayoría de sus preguntas.

La primera pregunta se refiere a la afectación de los criterios al personal estatutario. La Ley General de Sanidad recoge la obligación, por parte del Ministerio -que no del Insalud- de la elaboración de un estatuto-marco que desarrolle la vinculación entre los trabajadores de la sanidad pública y el Insalud, en el conjunto del Ministerio de Sanidad. Ese es un trabajo que hay que iniciar, pero que no corresponde a las competencias del Instituto Nacional de la Salud, aunque, obviamente, trasladaremos los criterios al Secretario General de la Salud, que es quien tiene las competencias en esta materia.

En cuanto al segundo punto, sobre conciertos e inversiones, los dos capítulos presupuestarios están claramente diferenciados; uno es conciertos y otro, inversiones.

Nosotros creemos que, bajo un principio, que hemos defendido permanentemente, de financiación pública del sistema, puede haber concertación con entidades públicas o privadas; que, de alguna manera, de forma sustitutoria, donde el Instituto Nacional de la Salud no disponga de medios propios, o de forma complementaria, donde lo precise, se pueden hacer concertaciones, como se ha venido haciendo en los últimos veintitantos años. Debe hacerse con un criterio de calidad, un criterio de acreditación de lo que se está concertando, suficientemente claro. No hay contradicción en mantener que el sistema sanitario español es fundamentalmente público, tanto de financiación como de prestación de servicios, y que puedan colaborar con calidad y con lealtad una serie de instituciones, tanto públicas como privadas, en el desa-

rollo de los objetivos del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

A mí me parece que las experiencias de los últimos años, la firma de contratos-programa con algunos de esos hospitales, algunos públicos —el Subsecretario ha citado el Hospital Gregorio Marañón— y otros privados —pero fundación privada sin ánimo de lucro, como la Fundación Jiménez Díaz, que conozco bien, porque he sido hasta hace poco su gerente—, han sido formas de concertar razonables y útiles para el objeto fundamental del Sistema Nacional de Salud, que es el ciudadano. Eso ha servido para racionalizar la demanda, para racionalizar los consumos y para buscar fórmulas de gestión que, sin modificar ese principio fundamental de financiación pública, nos permite el modelo reflejado en la Ley General de Sanidad. Por tanto, creo que no va a haber un cambio en esa filosofía, sino que hay la posibilidad de concertar con estas características.

Otro de los puntos que S. S. ha plantado, así como la portavoz del Grupo Socialista, es el tema de las inversiones. Nosotros hemos fijado las inversiones para cuatro años. Lógicamente, en los presupuestos, por sus propias características, no puede ir ese desarrollo cuatrienal, pero nuestro interés es hacer una planificación a cuatro años. Es cierto que los presupuestos de inversiones de este año nos van a permitir el desarrollo, pero probablemente no el crecimiento, de una manera sustancial, aunque también es cierto que hay un compromiso, que S. S. conoce, de aportación de fondos Feder a lo largo de este cuatrienio y a partir del próximo año. Por lo tanto, en los años 1995, 1996 y 1997 las inversiones podrán ser más importantes por la aportación de esos fondos Feder. De cualquier manera, el presupuesto de 32.000 millones para inversiones nos va a permitir cumplir razonablemente con los compromisos que teníamos establecidos, tanto en atención primaria como en atención especializada. Luego comentaré el caso concreto del Hospital El Pino II, de Palma de Mallorca.

En farmacia, a lo que ambos grupos solicitantes de esta comparecencia se han referido, quisiera decir unas cuantas cosas, enlazando con lo que el portavoz del Grupo Popular en su momento planteó al señor Subsecretario. Como ya expresó el señor Subsecretario, y creo que es un pensamiento común, no sólo de las personas que estamos trabajando en el Ministerio de Sanidad o en el Insalud, sino de una buena parte de los profesionales sanitarios que conocemos los hospitales o la atención primaria y de una buena parte de los ciudadanos, el consumo farmacéutico, en muy buena medida, no está relacionado con criterios científicos. Se ha hecho, en mi opinión, una equivocada equiparación de calidad de la asistencia con consumo de medicamentos. Es absolutamente injustificado; muchos de esos medicamentos no tienen ningún soporte científico, incluso tienen demostrada una efectividad nula. Y diría más, porque creo que tampoco es descubrir absolutamente nada: muchos de esos medicamentos tienen efectos contraproducentes o secundarios indeseados.

Es voluntad del Ministerio, y tampoco es competencia

exclusiva del Insalud sino que la Secretaría General del Insalud, cuyo Secretario comparece después, tiene mucho que decir en ello, hacer una política rigurosa desde el punto de vista científico del uso del medicamento, romper con ese binomio de calidad-prescripción de medicamento. En esa línea, hay algunos puntos en los que deberíamos profundizar. Hay que profundizar en el Decreto de financiación selectiva; con independencia de los datos económicos, que es un aspecto, los criterios científicos hacen pensar que debemos profundizar en ese camino. Creo que el acuerdo con Farmaindustria es importante y que se están planteando otros con las oficinas de farmacia.

Desde el punto de vista del Insalud, hay dos aspectos fundamentales para tratar de cumplir el presupuesto de farmacia: conseguir medidas para profundizar en la gestión y conseguir la participación de los profesionales, fundamentalmente los profesionales médicos, en la gestión de la atención primaria. Quisiera que eso fuese algo más que una declaración de principios y quisiera señalar algunas de las medidas que estamos planteando para la contención del gasto en farmacia.

En primer lugar, la modificación en el sistema de distribución a los profesionales, ligando la gestión de cada equipo directivo y elaborando unos nuevos criterios para los médicos autorizados de fuera del sistema. En segundo lugar, la adquisición de productos sanitarios a través de suministros, que no tienen por qué estar en las oficinas de farmacia; me estoy refiriendo, por ejemplo, a los pañales para la incontinencia urinaria o a las tiras reactivas. En tercer lugar, la elaboración de planes de gestión específicos para las provincias con mayor desviación presupuestaria a nivel de farmacia. En cuarto lugar, la asignación a cada equipo de atención primaria de presupuestos específicos de farmacia, con un seguimiento de las prioridades a través de los perfiles terapéuticos y de las disponibilidades económicas; la creación de comisiones farmacoterapéuticas en cada una de las gerencias de atención primaria con participación de los profesionales.

Con todas estas medidas, pretendemos que se alcance el objetivo de reducir un 10 por ciento el número de recetas financiadas el año 1993. Estas son medidas concretas, que obviamente hemos de desarrollar y las traigo a esta comparecencia exclusivamente para explicarles en qué líneas estamos trabajando.

Paso a la pregunta concreta que me hacía sobre el programa de Prosereme. Sí tenemos la intención de profundizar en ello, entendiendo que es fundamentalmente uso hospitalario de ese tipo de medicación.

Me hace una pregunta sobre el catálogo de prestaciones, que creo que se aleja del debate sobre presupuestos, pero quiero contestarle y lo voy a hacer en absoluta sintonía con lo que ha dicho el Subsecretario, como de todas formas ha de ser. Por una parte, debería alejarse de la discusión presupuestaria, porque éste no es un problema presupuestario. Elaborar un programa de prestaciones es un problema de orden, de ordenar lo que el Sistema de Salud va a dar a sus ciudadanos, de ordenar lo que los

ciudadanos pueden esperar del Sistema de Salud. Hoy, en España, casi todo el mundo conoce la prestación que puede dar el sistema educativo. En esa misma medida, hay que ordenar la prestación que ha de dar el sistema sanitario. Además, creo que es bueno para los ciudadanos, porque conocerán sus derechos. Hoy hay un punto de equidad menor dependiendo de la zona donde uno viva o donde uno esté, del desarrollo de los profesionales que trabajan en esa zona de salud o en ese hospital. Yo soy de las personas que están absolutamente convencidas de que hay que hacer un catálogo de prestaciones, de que tenemos que ordenar el sector, pero quisiera que eso quedase claramente separado de un debate presupuestario. He dicho al comienzo de mi intervención que hemos solicitado una comparecencia para hablar de política general del Insalud y los temas no estrictamente presupuestarios podrán entrar en esa discusión.

La integración de funcionarios de la Seguridad Social en el régimen de la Seguridad Social no exige un aumento de infraestructuras. La capacidad de nuestro sistema permite integrar a un número, por otra parte reducido, de personas con los medios disponibles. No va a suponer una sobrecarga especial en el sistema sanitario actualmente en funcionamiento.

Voy a intentar explicarle la aparición de lo que se ha venido llamando la caja de los hospitales que, desde el punto de vista de una persona que se ha dedicado diez años a la gestión de hospitales, me parece extraordinariamente importante.

¿Qué ocurría hasta ahora? Ocurría que los cobros a terceros no repercutían para nada en el hospital. Que una labor que se realiza en el hospital, un trabajo que se hace en el hospital, no repercuta en el hospital, creo que no motiva especialmente a las personas que trabajan en él para ser, digamos, más rigurosos en el desarrollo, no sólo de la asistencia, que ésa sí que lo es, sino del acto, si se quiere, burocrático o de gestión de los cobros a terceros. Por tanto, creo que es un gran avance que los hospitales tengan una caja de la Tesorería de la Seguridad Social, en la que los fondos que se consigan por cobros a terceros puedan repercutir, tal como está el texto articulado de la ley de presupuestos, sobre el capítulo 2 de los hospitales, que el hospital pueda disponer de ese dinero para la compra de tecnología, para la compra de reactivos o para financiar determinado tipo de obras en un servicio que está haciendo una labor en ese sentido, por ejemplo, con los accidentes de tráfico. Si con este sistema no vamos a poder dar dinero a los profesionales, que habrá que llegar a ello, si vamos a poder incentivar a los servicios a través de compras en el capítulo 2. Me parece un paso importantísimo y absolutamente necesario si de verdad queremos profundizar en la gestión de los hospitales.

Sobre los centros de salud y los 60 millones que aparecen en algunos centros de salud —no en todos aparece esa cantidad—, tengo que decir que eran centros de salud que en presupuestos anteriores habían tenido una asignación presupuestaria menor y en el presupuesto para 1994 se hace una asignación presupuestaria mayor que nos per-

mita terminar o casi terminar las obras empezadas.

El Hospital de Las Palmas. Como seguramente sabe S. S., estamos en un proceso de negociación de las transferencias a la Comunidad Autónoma de Canarias y se están produciendo una serie de reuniones de la ponencia técnica que tratan de definir ese tipo de transferencias. En ellas irían las inversiones oportunas para ese Hospital. Si no aparece en el texto es precisamente por este motivo, porque entendemos que, si el 1 de enero se transfiriere las competencias plenas en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Canarias, habrá de ser el Gobierno canario y su Consejería de Sanidad quienes definan qué hospital quiere, de qué características, y que lo planifiquen dentro de las necesidades que tengan en esa comunidad autónoma.

Se buscará una fórmula de financiación alternativa a los presupuestos en el momento en que se produzca la transferencia. Por eso no está contemplado.

Me hace una pregunta, que no sé si se refiere exactamente a Canarias, al conjunto del territorio Insalud o al conjunto del Estado, sobre las necesidades de camas públicas y privadas. No sabría contestar con esa precisión; a nivel del Estado hay zonas con mayores recursos sanitarios en cuanto a camas. Quisiera hacer especial hincapié, porque lo creo así, en que no podemos relacionar, y S. S. estará de acuerdo, calidad de la asistencia con prescripción farmacéutica. Tampoco deberíamos relacionar a estas alturas calidad de la asistencia con «ratio» de camas por habitante. Creo, además, que ése es un esfuerzo de gestión que hay que hacer; habrá de hospitalizarse lo que haya de hospitalizarse, pero deberá hacerse de manera ambulatoria un volumen de patología cada vez más importante, como se hace en todo el mundo, sin necesidad de hospitalización.

Debe ser así. Creo, además, fervientemente en ello y pienso que es una de las líneas de trabajo importante del Insalud y de los sistemas sanitarios europeos. Parece que no hay grandes justificaciones para que la red de hospitales de agudos de los Estados Unidos, con independencia de lo que nos guste o nos deje de gustar ese modelo sanitario, que sería otra discusión, no sea tenida en cuenta. En ella hay una estancia hospitalaria de siete días, mientras que en España estamos todavía en los nueve y medio, diez días. Ahí tenemos una labor que hacer. Por poner más ejemplos, hay poca justificación para que las cataratas se operen con anestesia general y para que las personas estén ingresadas tres o cuatro días, como todavía lo están en algunos de nuestros centros. Creo firmemente que no se puede ligar calidad de la asistencia con número de camas, aunque obviamente es una «ratio» que existe y que hemos de contemplar.

El hospital de Torrelavega está acabado y lo estamos poniendo en funcionamiento. Si no recuerdo mal, y la verdad es que no quisiera meter la pata dando cifras, hasta ahora se han invertido 400 millones en planes de montaje y se está poniendo en marcha. Tampoco quisiera darle una fecha exacta y decirle que el 31 de marzo estará funcionando el hospital, porque sería una temeri-

dad y, además, seguramente no acertaría, pero estamos dando los pasos para ponerlo en marcha. De hecho, algunas actuaciones, como el concurso público de la contrata de la limpieza, ya están en los periódicos. Ese hospital está acabado; ese hospital se está dotando. Lo haremos, como hay que poner en marcha un hospital, con los tiempos razonablemente necesarios para que se haga correctamente, no de la noche a la mañana. Está acabado, por eso no aparece en la ley de presupuestos y se está dotando.

Me hace una pregunta a la que no voy a saber contestarle. ¿Qué porcentaje de conciertos corresponde a instituciones de patrimonio privado y cuál a instituciones con patrimonio público? No se lo puedo contestar en este momento. Creo, además, que tampoco es objeto de la ley de presupuestos, pero le aseguro que buscaré los datos y se los remitiré con muchísimo gusto.

Me parece que he contestado a ambos grupos, porque, en buena parte, las inquietudes expresadas por la portavoz del Grupo Socialista sobre inversiones en farmacia también habían sido expresadas por la señora Maestro.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Temes, por su comparecencia, por su presencia entre nosotros. Esperamos contar con usted, tal como ha anunciado, efectivamente, en una próxima comparecencia.

Señorías, el tercer compareciente es el Secretario General de la Salud, señor Gutiérrez Morlote, cuya intervención no estaba prevista hasta las doce. Son las doce menos veinte y SS. SS. pueden decidir si continuamos o paramos, aunque el señor Secretario se encuentra en la sala. **(Pausa.)** Continuamos la sesión.

**- DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE LA SALUD (GUTIERREZ MORLOTE). A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS: SOCIALISTA (números de expedientes 212/000092 y 212/000091) Y FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (números de expedientes 212/000262 y 212/000261).**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, la tercera comparecencia prevista en esta Comisión de Sanidad y Consumo en el día de hoy es la del Secretario General de la Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote, quien se encuentra ya entre nosotros. Le damos la bienvenida, señor Gutiérrez Morlote. Su comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Socialista y por el de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Hay algunos temas que estaba previsto consultárselos, pero han sido aclarados en la respuesta del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En primer lugar, señora Maestro, tiene la palabra en nombre del Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. **(El señor Vicepresidente, Blázquez Sánchez, ocupa la Presidencia.)**

La señora **MAESTRO MARTIN**: Buenos días, señor Morlote, y gracias por comparecer en esta Comisión.

Evidentemente, los temas están muy relacionados y hay algunos que han sido ya contestados en parte. Sin embargo, en relación con el personal y con el famoso proyecto de ley de medidas fiscales y de reforma del régimen jurídico de la función pública, que tanto está dando que hablar, quería preguntarle exactamente, excluyendo lo que se refiere a personal estatutario, qué personal sanitario, a su juicio (supongo que el que está incluido en la disposición adicional decimosexta de la Ley 30/1984, que es la ley que pretende reformar este proyecto de ley), no estatutario, está afectado por esta reforma y, en su caso, cuáles son las razones por las cuales el Ministerio de Sanidad no ha tomado medidas cautelares para preservar los derechos de los trabajadores sanitarios públicos semejantes a las que ha tomado el Ministerio de Sanidad, por las que el personal docente se ve excluido de las medidas más negativas de tipo laboral, respecto a sus intereses como trabajadores públicos. Ello ha permitido que el colectivo docente esté protegido en los aspectos más agresivos de sus intereses que este proyecto de ley plantea, mientras que el personal sanitario, a mi juicio, con el mismo carácter y parecidas necesidades, desde el punto de vista de su contenido de trabajo, no ha sido excluido en este tipo de medidas.

En relación con el medicamento, y dentro de los presupuestos, voy a preguntarle sobre algo que ya ha sido tratado en las anteriores comparecencias. El acuerdo con Farmaindustria, que la señora Ministra anunció aquí. La valoración que se hacía es que permitiría reducir el gasto farmacéutico en un 3 por ciento. ¿En qué estado se encuentra dicho acuerdo? Informaciones posteriores o, por lo menos, que yo he conocido posteriormente aclaran que el acuerdo con Farmaindustria es un acuerdo genérico que debe negociarse medicamento a medicamento y que el margen concreto de reducción sería variable. Yo quería que usted me dijera en qué fecha se va a negociar, porque parece ser que el acuerdo medicamento a medicamento sobre el tipo de margen puede llevar mucho tiempo y habría que ver en qué medida puede tener la repercusión presupuestaria que la señora Ministra valoraba en un 3 por ciento.

Con respecto a temas presupuestarios que entiendo que son competencia del señor Gutiérrez Morlote, me gustaría que me dijera qué criterios de política sanitaria han llevado a reducir subvenciones del Ministerio de Sanidad en una cuantía de un 40,75 por ciento a partidas, a mi juicio tan vitales, como la formación continuada, la asistencia psiquiátrica, la lucha contra el sida y enfermedades prevalentes y enfermedades derivadas del consumo de droga.

Quería insistir en que la preocupación más grave de mi Grupo, partiendo de unos criterios políticos que venimos manteniendo —es decir, la educación para la salud no como algo vinculado a campañas generales, sino a la actuación cotidiana de los servicios sanitarios—, se refiere a la formación continuada. Evidentemente, el retraso en la cobertura de la atención primaria no es tema de su

estricta competencia, pero sí lo es la formación continuada de los profesionales sanitarios, que permitiría llevar a cabo el cambio de modelo. Es verdad que no es una novedad la reducción de las partidas presupuestarias relativas a formación continuada, porque es algo que, desgraciadamente, viene produciéndose en ejercicios anteriores. Sin embargo, la cuantía de la disminución sobrepasa en este momento en mucho a medidas semejantes en otros presupuestos.

La pregunta concreta es: ¿Con qué recursos piensan ustedes llevar a cabo el cambio de modelo que preveía el Real Decreto de reforma de estructuras básicas de salud de 1984 y la Ley General de Sanidad, cuando no solamente se hace más lenta la reforma de la atención primaria, sino que se hacen casi anecdóticas las partidas destinadas a algo tan importante como es el cambio en las formas de actuar de los profesionales sanitarios?

Asimismo, quería preguntarle acerca de los criterios políticos por los cuales se reduce el presupuesto de investigación. Ya se encontraba bajo mínimos, dado que estábamos gastando en investigación exactamente un sexto de lo que prevé la Ley General de Sanidad, y se ve afectado por un nuevo recorte en este año, en actividades que, a juicio de mi Grupo, son tan importantes como las de publicaciones o como la creación de becas de iniciación. Como decía el señor Temes, a lo mejor a un observador no muy detallista la relación entre las partidas presupuestarias y los criterios políticos puede no parecerle muy vinculada pero, dentro de unos criterios de política sanitaria serios, la relación entre los presupuestos de investigación que en este caso destina la Administración sanitaria pública y los presupuestos de investigación que dedican otras entidades privadas, sí es un criterio a la hora de valorar cuáles son las líneas generales por las que se decide y se instaura la política de investigación en nuestro país.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Mendizabal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Bienvenido, señor Gutiérrez Morlote. Una vez más, las inquietudes del Grupo Socialista coinciden con las ya expresadas por la portavoz de Izquierda Unida. Precisamente uno de los temas en los que queríamos incidir, por su cuantía en la disminución dentro del presupuesto, es la formación continuada, pero me remito, como digo, a la pregunta que ha hecho la portavoz de Izquierda Unida.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Para contestar, tiene la palabra el señor Gutiérrez Morlote.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA SALUD** (Gutiérrez Morlote): Muchas gracias.

Voy a comenzar por responder a la pregunta que se ha formulado sobre formación continuada, que, por su cuantía explícita en los presupuestos y por la preocupa-

ción que ha suscitado en los Grupos que han solicitado la comparecencia, creo que merece una cierta atención. Efectivamente, respecto al ejercicio de 1993, desaparecen tres partidas: las dedicadas como transferencias externas a comunidades autónomas para formación continuada, que en el año 1993 era de 751 millones; las transferencias al Insalud con el mismo fin, de 686 millones, y un conjunto de transferencias a entes públicos e instituciones sin fines de lucro que totalizaban en torno a los 120 millones de pesetas en 1993. Quizá debiéramos dar una explicación de a qué se ha dedicado ese dinero. Realmente, estos 700 millones de las comunidades autónomas y 600 del Insalud se dedicaban al cumplimiento del Real Decreto que en 1989 establecía los cursos de perfeccionamiento en medicina familiar y comunitaria. Ese mismo año, que aparece el decreto por el que aquellos médicos titulares, propietarios o interinos, con más de cinco años de servicio a la Administración pueden acceder al título de especialistas después de este curso de perfeccionamiento, se publica también una resolución de la Subsecretaría de Sanidad en la que se establece la financiación con cargo a unas partidas presupuestarias de aquel mismo ejercicio. Esa partida se mantiene a lo largo de los años 1989, 1990, 1991, 1992 y 1993 y se realizan una serie de cursos, con dificultades en algunos casos, como SS. SS. conocen, que en algunas comunidades autónomas han finalizado, el caso de Cantabria y Navarra, que en otras no han comenzado, el caso de Galicia, y que han ido seguidos por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, que es quien, en último término, da el título de especialista.

A lo largo de este año, vamos a seguir promoviendo esos cursos, vamos a seguirlos y vamos a continuar proponiendo la titulación correspondiente al Ministerio de Educación y Ciencia. Pero estas transferencias que desaparecen las consideramos subsumidas en esa aportación finalista del Estado, en este caso al Insalud, que, como saben SS. SS., se incrementa en 168.000 millones. Consideramos que estas actividades, después de cinco años de ponerse en marcha los cursos de perfeccionamiento, deben ser algo habitual en cuanto a actividades formativas de las entidades gestoras correspondientes de quienes dependen o de las comunidades autónomas.

En cuanto a los 120 millones de pesetas que se dedicaban a subvencionar a instituciones y entes públicos, saben SS. SS. que son unas subvenciones que, por primera vez en los últimos dos años, se convocaron con una orden ministerial. Realmente, la cuantía de 120 millones de pesetas, en los términos presupuestarios de que hablamos -y luego me referiré al conjunto de las actividades de formación continuada- era una partida muy pequeña. Quizá lo único que tenía de novedoso esa orden ministerial era que establecía una metodología rigurosa en cuanto a la formación continuada, introduciendo, por ejemplo, la evaluación de esas actividades, y que centraba también los objetivos de esas actividades de formación continuada en las necesidades detectadas por el propio Sistema Nacional de Salud. Yo creo que lo único que conseguía era, por tanto, centrar esas actividades de for-



mación continuada y promover una metodología más rigurosa en ese conjunto de actividades que a lo largo de todo el Estado y promovidas por diversos agentes se venían desarrollando, no siempre atendiendo a las mayores necesidades del sistema y no siempre con la correspondiente evaluación.

Desaparecen, pero yo tengo que decir a SS. SS. que, sin embargo, las cantidades destinadas a formación son importantes. Considerando simplemente la parte, por ejemplo, del fondo de investigación sanitaria, que se dedica a formación, considerando lo que cuesta la gestión del sistema MIR, que este año incorpora a otros profesionales, como los físicos, los psicólogos, la formación de matronas y la formación especializada, considerando lo que cuesta la Escuela Nacional de Sanidad, lo que destina la Dirección General de Salud Pública a la educación para la salud y los gastos globales del Insalud para atender a la formación continuada y a la formación de especialistas, se sitúa en cifras en torno a los 29.000 millones de pesetas, que si quiere le desgloso, señoría. **(La señora Presidenta ocupa la Presidencia.)** En ese conjunto de 29.000 millones de pesetas, referirnos a la desaparición de 1.000 millones, que son estas transferencias, nos parece que, cuantitativamente, tiene poca importancia y que, además, se pueden atender perfectamente con los créditos corrientes con los que cuentan las entidades gestoras para otras actividades.

En cuanto a la educación para la salud, ya me he referido a que se mantienen esos créditos dentro del programa 413.G, Coordinación General de Salud, que está atribuido a la Secretaría General y también a la Dirección General de Salud Pública, de ella dependiente. Ahí figuran, lo mismo que figuraban en el ejercicio 1993, unas cantidades para promoción de la salud y educación sanitaria, convenios con el Ministerio de Educación y Ciencia, lucha contra enfermedades prevalentes, que se mantienen. Hay que decir que esta cifra de 69.300.000 pesetas, que suponía el convenio con el Ministerio de Educación y Ciencia en el año pasado, y se mantiene en este ejercicio 1994, es muy inferior a la que realmente hemos gastado. Utilizando otros créditos, concretamente los otros a los que me he referido, que son cerca de 700 millones, hemos aplicado más presupuesto a estas actividades de educación para la salud.

Respecto a publicaciones, lamento decirle que no es competencia de la Secretaría General; se hallan agrupadas todas en la Subsecretaría. Sabe S. S. que en los presupuestos para 1994 se centralizan muchos créditos en la Subsecretaría del Ministerio, los correspondientes a libros, a reuniones y conferencias, a estudios y trabajos técnicos, y que, en conjunto, el control del gasto del Departamento provoca una disminución del 50 por ciento en reuniones y conferencias y del 60 por ciento en estudios y trabajos técnicos. En concreto, el servicio de publicaciones está adscrito a la Secretaría General Técnica y a la Subsecretaría de Sanidad.

Me formula una pregunta respecto de la investigación, que creo que es interesante y que, si he entendido bien, era la relación público-privada en la investigación sanitaria.

Creo que esa relación público-privada en España es una relación claramente positiva, a diferencia de otros países de nuestro entorno; recientemente ha aparecido un artículo sobre la financiación de la investigación médica. Sabe usted que el gasto en I+D en España crece por encima del crecimiento del producto interior bruto, que el gasto en I+D en salud en España ha seguido también un crecimiento ascendente, incluso superior al gasto total en I+D, y que, a través de diferentes programas, por ejemplo, en biotecnología, hablamos de 313 millones, en salud, de 710,8, en farmacia, de 567,7, en deporte, un objetivo 6 y 7. Sería quizá aburrido para S. S., pero le puedo facilitar las cifras. Quiero decirles también que, mientras que al menos el 65 por ciento de los fondos disponibles en el Reino Unido para la investigación en salud proviene de instituciones no gubernamentales, es decir, de organizaciones no vinculadas directamente al Gobierno, si la situación en España fuera similar y en la misma proporción, en lo referido a la participación no gubernamental en la financiación, se podría haber alcanzado, ya en el ejercicio 1991, la cantidad de 42.000 millones de pesetas para financiar la investigación en salud. El esfuerzo que se está haciendo, y el esfuerzo público, en investigación, es un esfuerzo importante. No sé si ésa era la pregunta que S. S. me formulaba cuando se refería a la relación público-privada en investigación para la salud.

La señora MAESTRO MARTIN: Lo que pasa es que lo hacía en relación con la presunta desaparición en el presupuesto -no sé si es cambio de partida presupuestaria- de becas de iniciación en investigación.

El señor SECRETARIO GENERAL DE LA SALUD (Gutiérrez Morlote): En investigación, señoría, las transferencias que se producen al Insalud desde la Dirección General de Ordenación de la Investigación se mantienen en los mismos términos y en la misma cuantía que el año pasado. Son 2.432 millones, que, junto con los presupuestos del propio Insalud destinados al FIS, totalizan 4.454 millones para el FIS. Y no desaparecen partidas, que yo sepa, en cuanto a iniciación de la investigación. Quizá estén contenidas de otra manera. Si usted me dice, señoría, el concepto presupuestario al que se refiere, con mucho gusto lo busco.

La señora MAESTRO MARTIN: En la explicitación de las partidas del FIS aparecen dotadas con cero pesetas partidas como publicaciones y becas de iniciación.

El señor SECRETARIO GENERAL DE LA SALUD (Gutiérrez Morlote): Si no tiene inconveniente, señoría, se lo buscaré con más calma y se lo enviaré.

Me preguntaba S. S. por las subvenciones del sida, que creo que era otro capítulo importante de las subvenciones que desaparecen de los presupuestos, respecto a los presupuestos del capítulo IV, Transferencias corrientes, porque en el capítulo 2, Campañas de información de lucha contra el sida, como ve S. S., en los presupuestos se mantienen los 148.500.000 pesetas, que es una cantidad



inferior a la gastada, por la misma razón que explicaba al hablar de educación para la salud, donde hicimos ejecución presupuestaria contra otras aplicaciones. También lo gastado realmente en campañas de información ha sido superior a estos 148 millones. Pero es en el capítulo IV de nuestro programa 413.G, donde S. S. aprecia que desaparecen las transferencias a comunidades autónomas y al Insalud, y por la misma razón que señalaba antes. Es decir, consideramos que las transferencias al Insalud aparecen asumidas en la aportación corriente del Estado, en esos 168.000 millones más que están dentro del 1,9 billón de aportación finalista del Estado y dentro de las operaciones corrientes. ¿Esto supone mucho o poco en la lucha contra el sida?, que yo creo que sería la pregunta. Con independencia de eso ¿estamos hablando de una cantidad importante o no? Teniendo en cuenta -y he solicitado una comparecencia ante esta Comisión para hablar del sida- que, como sabe S. S., nuestra estrategia se basa en la información, en proporcionar una correcta atención sanitaria a los pacientes, en evitar la discriminación de los afectados y en establecer mecanismos eficaces de seguimiento y evaluación de la epidemia, si simplemente nos refiriésemos a la atención sanitaria, yo he hecho un cálculo muy aproximado y, teniendo en cuenta que se calcula en unas 300.000 pesetas la terapéutica antiretroviral y otro tanto, probablemente, la terapéutica acompañante -y estamos hablando en términos de farmacia hospitalaria que, como sabe S. S., son mucho más bajos que la farmacia extrahospitalaria-, estamos hablando de que en torno a los 25.000 millones de pesetas se gasta el sistema asistencial en la atención de estos pacientes. Unos 25.000 millones de pesetas sólo en farmacia, no estoy hablando de otros costes, ya que habría que imputar el coste de la cama, etcétera. Realmente lo que desaparecen son transferencias que totalizan la cantidad de 1.000 millones de pesetas. Se mantienen, que es muy importante, las transferencias a las organizaciones no gubernamentales, que me parece que son los agentes más importantes que tenemos de información sanitaria, porque son no sólo quienes conocen mejor los colectivos en riesgo, sino los que conocen mejor el lenguaje de esos colectivos en riesgo, los que llegan mejor a esos colectivos para transmitirles las medidas de prevención y de lucha contra el sida que, desde los estamentos oficiales y desde los expertos, se promueven. Por lo tanto, hay que decir que no desaparecen esas transferencias, que se subsumen en las transferencias corrientes del Estado a las entidades gestoras y que suponen una parte ínfima del conjunto de gastos que provoca la enfermedad del sida en nuestro país.

Se refería también al acuerdo con Farmaindustria. Permítame, señoría, que la corrija. No se trataba de reducir el gasto farmacéutico en un 3 por ciento, se trataba de reducir en un 3 por ciento el precio de venta al laboratorio; que, como conoce perfectamente S. S., junto con los impuestos, los costes de almacenamiento y los márgenes de las oficinas de farmacia, conforman el precio de venta al público. Era, por lo tanto, un 3 por ciento del precio de venta al laboratorio lo que voluntariamente Farmaindus-

tria, que agrupa, aproximadamente, a las dos terceras partes de los laboratorios, alcanzó con el Ministerio. Y tiene razón S. S. en que no se puede hacer de una manera automática, sino que tiene que ser laboratorio a laboratorio quien solicite la disminución de ese 3 por ciento en sus productos; incluso, para darle más complejidad, habría que introducir elementos como que ese 3 por ciento no iba a ser fijo, sino variable, en función del precio: que habría que dar un margen de días para el «stock» que existiese, como se da en sentido contrario cuando suben los precios. Aun así, el grado de desarrollo nos permite asegurar que en el mes de noviembre se podrán aplicar los nuevos precios. Realmente, el conjunto de laboratorios no pertenecientes a Farmaindustria, que no habían suscrito el acuerdo y que se han ido adhiriendo, era una parte pequeña de la facturación, aunque fuese un número importante de laboratorios, y las conversaciones que, desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, se ha mantenido con la industria han permitido alcanzar un acuerdo respecto al escalonamiento de esos márgenes, de forma que queden libres de esa rebaja los medicamentos más baratos y se graven más los medicamentos más caros, y también respecto de la fecha de aplicación. A lo largo del mes de noviembre, por tanto, disminuye el precio de los medicamentos y otra cosa es la repercusión que eso tenga realmente en la facturación.

Su señoría no ignora, por ejemplo, el efecto deslizamiento que se produce de una manera casi automática y que hace que la elasticidad del gasto farmacéutico sea la que es y, por tanto, la repercusión automática de las medidas estructurales que se adoptan sea también la que sea. Por eso creo que hay que continuar, y nuestro discurso ha sido siempre el decir que hay que adoptarlo a nivel de todos los eslabones de la cadena: la industria farmacéutica, almacenamiento y oficinas de farmacia, prescriptores y también los propios usuarios y pacientes.

Esta sería una parte de esas medidas, que creo que es importante por lo que tiene de símbolo de adhesión de la industria farmacéutica a unas normas de rigor presupuestario en un momento de crisis económica, y creo que ha sido un precedente que no existía, al menos en otros países de la Comunidad Europea. Por tanto, nosotros, con independencia de que su repercusión se pueda cuantificar más o menos, no podemos menos que agradecer y alabar esa iniciativa de la industria farmacéutica, que nos parece un ejemplo de solidaridad.

No sé si he contestado a todas las preguntas de su señoría. Quedaban las cuestiones sobre personal.

Respecto a las razones por las que el Ministerio de Sanidad y Consumo no toma medidas cautelares. No puedo contestar a su señoría sobre la exclusión del personal sanitario, funcionario, no estatutario. Entiendo que en el ámbito de mi competencia podrían encontrarse algunos organismos autónomos dentro de esa consideración, en mi ámbito competencial, repito, y estoy pensando en organismos autónomos del tipo de la Escuela Nacional de Sanidad o el Instituto de Salud Carlos III, pero sus funciones no son asistenciales, señoría. Desde luego,

la Secretaría General de Salud no es el ámbito competencial de aplicación de esta Ley y no hemos adoptado ninguna medida.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Gutiérrez Morlote.

Señorías, con esta última intervención y con la presencia del Secretario General de Salud finalizamos el orden del día de la sesión de hoy.

Se levanta la sesión.

**Eran las doce y cinco minutos del mediodía.**

**Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID**

**Cuesta de San Vicente, 28 y 36**

**Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid**

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**