



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 274

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 13

celebrada el martes, 20 de septiembre de 1994

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar:

- Sobre las líneas generales de la política de su Departamento. A petición propia. (Número de expediente 214/000078.)
 - Sobre las reformas y los cambios de altos cargos producidos últimamente en el citado Ministerio. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000371.)
-

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

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, buenos días. Doy la bienvenida a la señora Ministra y a todas SS. SS. nuevamente a esta Comisión de Sanidad y Consumo tras el pe-

ríodo breve de vacaciones. Deseo a SS. SS. una nueva etapa de trabajos en este segundo período de sesiones por lo menos tan fructífera, tan serena y tan cordial como en el período de sesiones previo a las vacaciones.

Iniciamos la sesión con el orden del día que tienen ustedes: comparecencia de la señor Ministra de Sanidad y

Consumo, a petición propia, para informar sobre las líneas generales de política de su Departamento. Igualmente, hay una segunda comparecencia a la que se dará cumplimiento en la sesión de hoy, también de la señora Ministra de Sanidad y Consumo, para informar sobre las reformas y los cambios de altos cargos producidos últimamente en su Ministerio. Esta segunda comparecencia —la primera ha sido pedida por la señora Ministra, es decir, por el Gobierno— ha sido pedida por el Grupo Parlamentario Popular.

Si les parece a SS. SS. y el Grupo proponente está de acuerdo, incorporaríamos las dos comparecencias en una única intervención. Esto nos permitiría quizá ser un poquito más generosos en el tiempo a la hora de las intervenciones de todos los grupos.

¿Están de acuerdo todos los portavoces? (**El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.**)

El señor Fernández-Miranda tiene la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, estamos efectivamente de acuerdo en el planteamiento y solicitamos un breve turno de introducción de la comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PRESIDENTA**: De acuerdo, señor Fernández-Miranda.

Por tanto, vamos a iniciar las dos comparecencias concediéndole un breve turno, de acuerdo con su solicitud. Cuando quiera, señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Simplemente, señora Presidenta, debo recordar, a modo de introducción, brevísimamente, que la solicitud de comparecencia de la señora Ministra para que explique en esta Cámara la remodelación de su Ministerio se produce a finales del período anterior y que viene a poner de manifiesto la necesidad, el interés que el Grupo Parlamentario Popular tiene en que los ministros hablen de sus ministerios, de sus altos cargos y de sus remodelaciones.

El 18 de mayo del año 1994 en una de las interpellaciones presentadas por este Grupo Parlamentario, le pedí explicaciones a la señora Ministra sobre sus altos cargos, recordándole que tenía el doble de los que se encontró el Partido Socialista en 1982 en el Ministerio de Sanidad, incluso pidiéndole explicaciones sobre los comentarios, los rumores de prensa que había sobre desavenencias entre sus altos cargos. La señora Ministra lo calificó aquello de chismorreos —textualmente así aparece en el «Diario de Sesiones»— y me dijo —y voy a leerlo también textualmente—: «No le voy a hablar, señor Diputado, de la estructura ni de los altos cargos del Ministerio: tengo los altos cargos que considero oportunos.» Pues bien, simplemente le quiero decir a la señora Ministra que en un régimen parlamentario como el que afortunadamente tenemos puede tener efectivamente los que considere oportunos, pero debe venir a esta Cámara a explicarlo. Tiene que explicar por qué tiene los que tiene, por qué sustituye a los que previamente había nombrado, y efectivamente, aceptada por la Mesa de esta Cámara su comparecencia a trá-

mite, aquí la tenemos hoy para que nos hable de esto, para que nos diga por qué ha cesado al señor Conde, que vuelve a recuperar para la sanidad socialista la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías; por qué el señor Temes deja de ser Director General del Insalud y pasa a ser Subsecretario; por qué los nuevos nombramientos en los distintos niveles, de subdirecciones generales, secretarías generales, etcétera.

También mostramos la sorpresa ante la ausencia de ceses. Quiero recordarle a la señora Ministra que don José Manuel Freire, Director actualmente de la Escuela Nacional de Sanidad, era Consejero de Sanidad del País Vasco cuando se produce el escándalo, ya concretado incluso en la vía judicial, del Servicio Vasco de Salud. Si la señora Ministra va a continuar depositando su confianza en el señor Freire es algo que el Grupo Parlamentario Popular quiere conocer, así como si va a mantener también, en esta nueva remodelación que ha hecho de su Ministerio, en algunos centros del Insalud, como son el Hospital 12 de Octubre y el Hospital Ramón y Cajal, figuras que no aparecen en el Real Decreto del organigrama de los hospitales públicos, la imagen de los directores de recursos humanos, que no tienen ningún tipo de soporte, digamos, legal para existir como tales, asunto que sin duda ninguna debido a la falta de oportunidad de la señora Ministra, no ha tenido ocasión de comentarnos previamente.

En definitiva, le pregunto a qué responden los cambios que ha llevado a cabo en sus altos cargos del Ministerio y cuáles son las razones de los ceses, ya que además, en el tiempo que ha transcurrido desde estos ceses, desde esta remodelación, no se ha planteado ningún tipo de reformas, de cambios en la política sanitaria del Ministerio, y, habiendo sido nombrados estos altos cargos cesados hace tan sólo un año, si el cese se ha producido por razones personales, por problemas personales o por desavenencias o falta de aceptación de las líneas políticas que la señora Ministra, sin duda ninguna, marca en su Ministerio y que no eran aceptadas por estas personas.

Creo que este planteamiento tiene un perfecto encaje en la comparecencia que a petición propia ha solicitado la señora Ministra, con lo cual, como decía en el momento de ser planteado por la señora Presidenta, no tenemos ningún inconveniente en que ambas comparecencias se tramiten de forma conjunta.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra para presentar los temas de ambas comparecencias la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señora Presidenta, señorías, deseo expresar, en primer lugar, mi satisfacción a todos los miembros de esta Comisión permanente de Sanidad y Consumo por tener la oportunidad de comparecer de nuevo para informarles del balance de actuaciones del Ministerio, de los objetivos más relevantes que tenemos planteados para el resto de la legislatura y, cómo no, para informar también sobre los extremos que se me piden en relación con la remodelación del Ministerio.

En mi exposición voy a hacer una breve referencia a los datos que nos permiten conocer el estado de salud de los españoles hoy, a las actividades que estamos llevando a cabo para proteger y promover esa salud, a las medidas que el Ministerio de Sanidad y Consumo está implantando para consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud y haré también una referencia a la política de consumo.

Voy a empezar, por tanto, por hacer un breve repaso de cuáles son los principales problemas de salud con que nos encontramos en la sociedad española en este momento, una sociedad como la de nuestros países de nuestro entorno en la que se da un descenso de las enfermedades infecciosas y donde las enfermedades crónicas y los accidentes han reemplazado como principales causas de muerte a las primeras. En España la tendencia a la mortalidad por estas causas es similar a la de los demás países de nuestro entorno industrial: disminuye la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, se incrementa la mortalidad por tumor maligno de pulmón y tumor maligno de mama y se incrementa la mortalidad por accidentes de tráfico. Esta es la situación contra la que debemos tratar de ser eficaces.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países industrializados. En España estas enfermedades han supuesto el 40,7 por ciento de todas las muertes ocurridas en el año 1990 y han presentado un ligero descenso desde la segunda mitad de los años setenta.

Una de las características más peculiares de los países desarrollados en la segunda mitad de este siglo ha sido, como ustedes conocen, el incremento continuo de la mortalidad por cáncer de pulmón como consecuencia del aumento en el consumo de tabaco. En España, aunque somos uno de los países con una menor tasa de mortalidad por este tumor, también se da este incremento. El tumor maligno de mama es, por su parte, el cáncer más frecuente en la mujer y el que más número de muertes produce, y como en los demás países desarrollados la incidencia y mortalidad presenta una tendencia creciente en las últimas décadas, cuyas razones no son todavía bien conocidas.

El 5,6 por ciento de las muertes producidas en 1990 fueron debidas a accidentes, lo que los sitúa como la cuarta causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades del aparato respiratorio. La relevancia de estas causas de muerte es aún mayor en las edades jóvenes, porque el 50 por ciento de las defunciones ocurridas tienen lugar antes de los 45 años de edad.

En relación con la evolución de las enfermedades infecciosas, quiero destacar la disminución experimentada por algunas enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis o la infección gonocócica. Entre 1984 y 1993 estas enfermedades han disminuido en un 70 por ciento. Cabe destacar también el descenso experimentado por las enfermedades susceptibles de ser evitadas mediante vacunación. Sobresale en este sentido el sarampión, cuyo número de casos se redujo en un 85 por ciento entre 1985 y 1993.

Dentro de las enfermedades infecciosas destaca por su importancia social y por su importancia sanitaria el sida.

Su trascendencia es mayor si se tienen en cuenta el elevado número de muertes que produce en edades tempranas de la vida. España es el país europeo que presenta la frecuencia más alta de esta enfermedad y el que tiene la tasa más alta y el mayor número de casos de sida relacionado con el uso de las drogas.

En relación con determinados factores de riesgo de muchas enfermedades quiero resaltarles los siguientes datos. El porcentaje de fumadores en 1993 era del 36 por ciento. Por lo que se refiere al consumo de alcohol, la población que lo consumía ese año, 1993, era del 61 por ciento. Igual que ocurre con el tabaco, la tendencia en el consumo de alcohol está experimentando una modificación de los hábitos de consumo y un ligero descenso en los adultos.

En síntesis, señorías, tras este breve repaso, les daré algunos indicadores que me parecen de interés en relación con las políticas emprendidas por el Ministerio. España tiene, como es sabido, una mortalidad infantil muy baja y una alta esperanza de vida en relación con los países industrializados. Al igual que en estos países, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares sigue una tendencia descendente, la mortalidad por cáncer, ascendente, si bien la magnitud de ambas sigue siendo de las más bajas. España presenta, sin embargo, una de las frecuencias más altas de casos de sida. La prevalencia de tabaquismo está disminuyendo ligeramente, al igual que el consumo de alcohol, aunque en este último caso el descenso es menor y siempre en la población adulta.

Por tanto, ante este cuadro de problemas de salud que afectan a la población española, voy a darles cuenta de las iniciativas en las que estamos trabajando en el Ministerio, y voy a referirme en primer término al ámbito de la salud pública.

Como SS. SS. conocen, un importante número de competencias en materia de salud pública están transferidas en su mayor parte a las comunidades autónomas, pero es tarea propia de la Administración general del Estado realizar una labor de seguimiento y de coordinación de las administraciones sanitarias y facilitar la labor que realiza en este terreno la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con un funcionamiento satisfactorio. No voy a detallar los distintos factores que determinan el estado de salud, pero sí he de seguir insistiendo, a la vista de los datos que les he presentado, en la necesidad de continuar las estrategias de prevención de los riesgos evitables asociados a los hábitos y estilos de vida.

En un estudio realizado el pasado año se concluía que la disminución del 40 por ciento en la prevalencia del consumo de tabaco en los fumadores españoles adultos a lo largo de ocho años disminuiría espectacularmente el número de muertes asociadas a su consumo. Hoy el tabaco se cobra en nuestro país 45.000 vidas al año. La mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol representó en el año 1989 el 4,19 por ciento del total nacional de las muertes, esto es, 13.637 personas. Pero además de la asociación del alcohol con procesos patológicos, su consumo, como SS. SS. conocen, está estrechamente relacionado con importantes problemas sociales y de carác-

ter económico que afligen a la sociedad actual. Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo continúa realizando campañas relacionadas con la prevención del consumo del tabaco y del alcohol entre los jóvenes, incluidas en las actividades a desarrollar dentro del convenio firmado con el Ministerio de Educación y Ciencia y con el Ministerio de Asuntos Sociales. También estamos trabajando en la elaboración de dos proyectos de decreto por los que se limita la publicidad de estos dos productos con el fin de evitar la extensión de su consumo fundamentalmente entre los jóvenes. A través de la Comisión de Salud Pública se está desarrollando una intensa labor de coordinación y fomento a fin de propiciar una mayor participación de las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas en el programa «Europa contra el cáncer», buena parte de cuyas actividades está vinculada a la prevención de estas dos adicciones.

Respecto al sida, los datos más recientes, a 30 de junio de este año, son los siguientes. Hasta esta fecha se han notificado en el registro nacional un total de 25.775 casos. De ellos, el 18,1 por ciento son mujeres; el 82,1 por ciento tenía en el momento del diagnóstico una edad comprendida entre los 20 y los 39 años. Los casos pediátricos, en los que contabilizamos a los menores de 13 años, suponen un 2,3 por ciento. La categoría de transmisión más frecuente es la utilización de drogas por vía parenteral, que sigue representando el 64,2 por ciento, seguida de las prácticas homosexuales en varones, con un 15,1, contactos heterosexuales, un 7,8, e hijos de madres de riesgo, un 2 por ciento. Por categorías de transmisión de la infección, se observa que existe una disminución progresiva en la proporción de casos atribuidos a transmisión madre e hijo y receptores de transfusiones o hemoderivados. Desde 1993 se manifiesta una ligera disminución de casos atribuidos a prácticas homobisexuales en varones.

La nueva definición de caso de sida, como ya he tenido ocasión de manifestar ante SS. SS., aplicada en nuestro país desde el día primero de enero de este año, amplía la lista de enfermedades indicativas del sida con tres más, como la tuberculosis, las neumonías bacterianas y el cáncer invasivo de cuello uterino, y esta aplicación de la nueva definición ha supuesto durante el primer trimestre de este año un incremento del 26,1 por ciento en el número de casos.

La política del Ministerio, señorías, sigue orientada a tratar con normalidad aquellos aspectos del sida que son comunes a otras enfermedades y a tratar con excepcionalidad aquellos otros factores que dan a esta enfermedad características especiales. Por tanto, seguimos comprometidos con los mismos objetivos que he tenido ocasión de exponer ante esta Cámara y que se sintetizan en perfilar las características epidémicas de la enfermedad a través de un eficaz sistema de registros de enfermos y de seropositivos, en conseguir que todos los ciudadanos conozcan cuáles son las vías de transmisión de esta enfermedad, y por tanto puedan adoptar las medidas preventivas pertinentes, en atender a los enfermos y hacerlo de acuerdo con las pautas más actuales y eficaces y en favorecer la comprensión y la solidaridad de la sociedad. Para conseguirlo, se ha adop-

tado en primer lugar, como les decía, la nueva definición de caso de sida. Se ha potenciado el soporte informático del registro del Plan Nacional. La Comisión Nacional, con participación de todas las comunidades autónomas, ha dotado de nuevos objetivos y más medios al Comité de Vigilancia Epidemiológica. Para atender al segundo de los objetivos e independientemente de la importante labor que están realizando las administraciones autonómicas y locales, el Ministerio está en la fase de desarrollo de dos proyectos concretos: la dotación a más de 200 centros universitarios y de formación profesional de terminales informáticas interactivas que acerquen hasta los jóvenes los datos e informaciones de interés relacionadas con esta enfermedad y el desarrollo de una campaña de información dirigida a la población general, jóvenes y usuarios de drogas por vía parenteral. Con ello se trata de dar continuidad a las cuatro campañas ya realizadas en años anteriores por el Ministerio dirigidas a potenciar las actividades de información y de formación a los ciudadanos. Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria de los enfermos del sida, son atendidos exactamente bajo las mismas pautas que las de cualquier otro país de los más avanzados en su tratamiento.

Finalmente, se mantiene una línea de subvenciones a las organizaciones no gubernamentales que, en coordinación con las comunidades autónomas, tienen como principal objetivo el apoyo de actividades encaminadas a evitar situaciones de discriminación y aislamiento. En este ámbito vamos a continuar la coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas y con la Secretaría de Estado de Instituciones Penitenciarias para el intercambio de información sobre afectados, elaboración de protocolos de actuación, realización de campañas informativas y la preparación, en la que estamos trabajando, de una próxima conferencia nacional sobre prevención contra el uso de las drogas, que va a celebrarse antes de acabar el presente año.

Como saben SS. SS., desde hace años damos gran importancia a las actividades de educación para la salud en la escuela, que se desarrollan mediante convenio, como ya he dicho, con los Ministerios de Educación y de Asuntos Sociales. Los contenidos sanitarios que se han incluido para 1994 giran en torno a proyectos de educación afectivo-sexual y de prevención del alcoholismo y se va a desarrollar en todos los centros públicos en el ámbito escolar.

Por último, se siguen manteniendo los programas de salud pública gestionados directamente por el Ministerio, los de información sanitaria, la red de alerta, el registro sanitario de alimentos, la vigilancia de aguas de baño, la vigilancia de la calidad de las aguas de consumo, la red de vigilancia de la contaminación atmosférica y el programa de protección sanitaria frente a riesgos químicos.

Por lo que se refiere a la atención sanitaria, el Sistema Nacional de Salud está realizando un importante esfuerzo para atender las necesidades de salud de los españoles. Para dar una idea de la actividad del Sistema, quisiera subrayar que en 1993 se han realizado 225 millones de consultas en atención primaria y 46 millones en hospitales. Estamos atendiendo cada año 9 millones de urgencias y se practican 1.700.000 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 1.488 son trasplantes de riñón; 495, trasplantes de hí-

gado; 287, de corazón. Estas cifras nos sitúan, señorías, a la cabeza de los países desarrollados.

El coste de este sistema complejo de protección sigue siendo bajo; 212 pesetas por habitante y día en 1993 —unas 77.000 pesetas al año— permiten afirmar que el coste de nuestro sistema es bajo, y obtenemos unos resultados en términos de esperanza de vida, de calidad de la misma, comparables a los de los países más desarrollados y claramente satisfactorios para el conjunto de los ciudadanos. La comparación de nuestro gasto, de las prestaciones y la actividad que desarrollamos con la de los países de nuestro entorno socioeconómico nos permite afirmar que contamos con un sistema sanitario eficiente y de alta calidad, y como he tenido ocasión de repetir cada vez que he comparecido en esta Cámara, consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud es el fundamental objetivo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En mi comparecencia del día 30 de septiembre del año 1993 ante esta Comisión, destacué dos instrumentos básicos para conseguir este objetivo: la definición de las prestaciones y la consolidación financiera del Sistema Nacional de Salud.

La ordenación y definición de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud es un objetivo importante, porque persigue como finalidad la clarificación del Sistema, de su organización, su alcance, sus actuaciones y su naturaleza de seña de identidad del Estado social de Derecho. La definición de las prestaciones va a hacer explícito el conjunto de las mismas que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud para que cada ciudadano conozca qué puede y qué debe esperar del sistema sanitario público. Como SS. SS. conocen, para realizar esta tarea, anunciada, como digo, en el mes de septiembre del año pasado y que reviste una gran complejidad técnica —como se puso de manifiesto entonces— se creó en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una comisión para el estudio de este proyecto integrada por representantes de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo. A partir de los trabajos de esa comisión se ha elaborado ya un proyecto de real decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, informado ya por el Consejo Interterritorial y que en este momento se encuentra en trámite de audiencia pública a los sectores interesados, y, por tanto, ha culminado ya la fase de elaboración. Como decía, señorías, esta norma recoge y amplía los procedimientos y técnicas que hoy en día se están haciendo, se hacen, se dan a los ciudadanos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y, además, generaliza algunas prestaciones, fundamentalmente de carácter preventivo, que por desconocidas hoy no están generalizadas, y destaco entre ellas las orientadas a la protección de la salud de la mujer, de la infancia, a la atención de la salud mental o a la asistencia psiquiátrica, en las que —como digo— se generalizan tratamientos, prestaciones que hoy no lo están. De manera que la ordenación de las prestaciones no supone sólo hacer explícitos los derechos que el usuario tiene con relación al conjunto de actos y prestaciones a que tiene derecho porque hacen efectivo el derecho a la protección de la salud, sino que

constituye un intento de extensión de esas prestaciones, sobre todo en el ámbito de la prevención en el que creo que es muy importante incidir.

La norma establece, también, los criterios y los mecanismos para decidir la inclusión de nuevas prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud y que, por tanto, van a ser financiadas públicamente. Estos instrumentos son similares a los progresivamente han ido incorporando los países más desarrollados de nuestro entorno y a los que recomienda la Organización Mundial de la Salud, en sus objetivos de la estrategia regional europea de «Salud para todos». Al mismo fin responde la creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con la que se dota al Sistema Nacional de Salud de un instrumento científico-técnico de soporte para identificar e informar las tecnologías nuevas y aquéllas ya establecidas que precisan evaluación. Además, pretendemos que contribuya a la adecuada formación de los profesionales sanitarios para lograr la correcta utilización de la tecnología, al tiempo que establecerá, sobre bases científicas, el impacto médico, económico, ético y social de las diferentes tecnologías sanitarias. Por último, la Agencia ha de ser también punto de contacto de organizaciones nacionales e internacionales orientadas a la evaluación de las tecnologías sanitarias.

Por tanto, señorías, con la tramitación de este proyecto de real decreto que próximamente someteremos a la aprobación del Consejo de Ministros, culminamos un proyecto en el que hemos venido trabajando todo este año y que constituye, a mi juicio, un avance muy significativo en el proceso de consolidación y mejora del sistema sanitario, porque clarifica —como les decía— cuál es el contenido del derecho a la protección de la salud, qué prestaciones lo hacen efectivo, y el conocimiento de las mismas las hace accesibles a los ciudadanos. Los ciudadanos van a estar en condiciones de conocer a qué prestaciones tienen derecho, y, por tanto, si conseguimos hacer la labor de difusión necesaria, vamos a acercar los servicios sanitarios, sobre todo en el ámbito de la prevención, a los ciudadanos españoles de una manera más eficaz.

Al segundo de los objetivos ya me refería en mi comparecencia del mes de septiembre del pasado año. Dije entonces que definir un marco de financiación estable y suficiente del Sistema Nacional de Salud para el futuro es un objetivo de la política sanitaria del Gobierno, un objetivo fundamental en el que también hemos venido trabajando. La definición de un nuevo modelo de financiación debe atender los siguientes objetivos. Primero, la suficiencia financiera que supone la aprobación de un presupuesto real que se corresponda con el gasto efectivo de la asistencia sanitaria. Segundo, la estabilidad que implica vincular la tasa del crecimiento del gasto sanitario con una variable objetiva. Tercero, la homogeneidad en los sistemas de coeficientes para el cálculo de la financiación correspondiente a cada administración. Cuarto, el establecimiento de horizontes presupuestarios definidos para cada servicio de salud. Quinto, el automatismo en los mecanismos de distribución presupuestaria entre las distintas administraciones sanitarias y también es necesaria la creación de mecanismos de información presupuestaria homogéneos. La

consecución de estos objetivos determinará un nuevo modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud que supone su consolidación financiera. Se trata, por tanto, de un objetivo político de primera magnitud que consolida un pilar esencial del Estado del bienestar. En ese objetivo estamos trabajando y he dado cuenta a SS. SS. del marco en el que nos movemos.

En el ámbito fundamental de las relaciones con los profesionales sanitarios, trabajamos en la orientación hacia un modelo de gestión más abierto, más responsable, que amplíe la libertad de elección de los ciudadanos y les dé seguridad en la asistencia que van a recibir, que promueva y recompense la iniciativa y la dedicación de médicos y enfermeras que haga posible la satisfacción de sus legítimas expectativas profesionales. Los anteproyectos de ley de ordenación de las profesiones sanitarias y del estatuto marco del personal del Sistema Nacional de Salud establecerán el marco normativo necesario para garantizar una mayor seguridad a los profesionales en aspectos tan importantes como, en el caso de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, las bases de regulación del ejercicio profesional, las líneas básicas de la formación de los profesionales sanitarios o el desarrollo de su carrera profesional. El estatuto marco abordará las bases de política de personal del Sistema Nacional de Salud, los derechos y deberes laborales, los sistemas de selección y provisión de puestos de trabajo y, entre otros extremos, el sistema retributivo.

Además de estos proyectos que SS. SS. conocen porque han sido anunciados ya en esta Cámara y en cuya elaboración seguimos trabajando, un objetivo irrenunciable de nuestra política sigue siendo la mejora de la formación especializada. Atendiendo lo instado por la Comisión de Política Social y Empleo de este Congreso de los Diputados, el Gobierno ha aprobado el decreto por el que se regula el acceso a la titulación de médico especialista para determinados licenciados en medicina y cirugía que se formaron con anterioridad al año 1984. Se ha venido a resolver así una reivindicación largamente reclamada por los profesionales afectados. Se ha regulado también en estos meses la profesión de odontólogo, protésico e higienista dental, en cumplimiento de lo previsto en la Ley reguladora de las profesiones relacionadas con la salud buco-dental. Otra faceta de la política de personal que es preciso impulsar es la formación continuada de técnicos en salud pública, gestores y personal del sistema sanitario. Por esta razón para este año se han duplicado los fondos destinados a la financiación de actividades de formación continuada en los centros sanitarios.

Por último, quiero referirme en este ámbito a un problema que preocupa a todos los responsables sanitarios: la aparición de ciertas prácticas de autodefensa en la profesión médica motivadas por demandas y fallos judiciales que, aunque actualmente no alcanzan en España las cotas de otros países, pueden provocar un uso innecesario, y no siempre inocuo, de la tecnología.

Señorías, la obligación del sistema sanitario es poner a disposición del usuario los medios adecuados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías, pero en ningún caso puede garantizar los resultados. La

medicina no es una ciencia exacta y nuestro deber es garantizar que los servicios funcionen adecuadamente y que nuestros profesionales dediquen todo su saber y su ciencia a su quehacer. Pero también afirmo que cuando hay un error médico, una negligencia, el Ministerio de Sanidad es el primer interesado en exigir responsabilidades. Durante el próximo mes de noviembre, en desarrollo del convenio suscrito con el Consejo del Poder Judicial, tendrá lugar un seminario sobre responsabilidad civil en el que jueces y médicos van a debatir el enfoque de la responsabilidad civil en materia sanitaria. Asimismo les anuncio que el próximo año los facultativos del Sistema Nacional de Salud tendrán cubierta la responsabilidad civil que pueda generar su actividad profesional a cuyo efecto se ha previsto ya el oportuno crédito en el proyecto de presupuestos para 1995.

Voy a referirme ahora, señorías, a la política de farmacia. Como SS. SS. conocen, el creciente gasto en farmacia es motivo de preocupación en todos los países. Otras naciones de nuestro entorno y con una industria farmacéutica fuerte y moderna, que contribuye sensiblemente al crecimiento de la renta nacional, han adoptado en los últimos años medidas rigurosas para controlar el aumento del gasto farmacéutico público. La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de recetas médicas ha supuesto en el año 1993 un gasto público de 609.399 millones de pesetas y un importe total de 673.767 millones de pesetas, lo que representa un 1,11 por ciento sobre el producto interior bruto y el 20 por ciento del gasto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Ambas cifras son de las más altas de los países occidentales. La prestación ha venido experimentando un crecimiento interanual medio del 14,7 por ciento durante la última década, aun cuando está disminuyendo de manera significativa durante los dos últimos años.

La contención del crecimiento del gasto farmacéutico es indispensable para salvaguardar la propia prestación y garantizar los derechos que hoy disfrutan los ciudadanos españoles y que evidencian que España proporciona una prestación farmacéutica en las condiciones más ventajosas para el usuario, puesto que, con la excepción de Alemania, es el país occidental en el que es menor la aportación del beneficiario en la financiación de la prestación farmacéutica.

En el Ministerio de Sanidad y Consumo existe la voluntad política y el compromiso ético de mantener y garantizar estos derechos no sólo para hoy sino también para el futuro, y para ello se han adoptado diversas medidas —medidas dirigidas a la contención del crecimiento del gasto— entre las que quiero destacar y recordar a SS. SS., por ejemplo, la rebaja del 3 por ciento del precio de los medicamentos, realizada por la industria farmacéutica a instancia del Ministerio; la formalización de las bases del nuevo concierto con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, que, entre otros extremos, contempla por primera vez la realización de un descuento en torno al 2 por ciento de la factura global. Además, también quiero destacar las políticas de fomento de prescripción de genéricos y de programas de uso racional del medicamento en la que estamos trabajando.

También en la política de farmacia hemos hecho un importante esfuerzo de desarrollo normativo, bien en el ámbito de la trasposición de directivas, bien en alguna normativa de desarrollo del medicamento en la que estamos trabajando. Me gustaría destacar de ese desarrollo normativo la promulgación de dos importantes normas que se han producido en este año, una es la que regula la publicidad de los medicamentos de uso humano y otra la que regula su etiquetado.

Como saben SS. SS., los sistemas de salud hoy en los países desarrollados aceptan el gran reto de satisfacer una demanda asistencial creciente en cantidad y muy exigente en calidad con unos recursos que por definición son limitados y que, además, están soportando los efectos de la crisis económica. Frente a esta situación las soluciones no pasan por reducir la oferta sanitaria, que produciría una alarma social porque defraudaría las legítimas aspiraciones de los ciudadanos, que no sólo aspiran a mantener, sino a mejorar el nivel actual de los servicios sanitarios. Por el contrario, los esfuerzos, a mi juicio, deben centrarse en conseguir una utilización adecuada de los recursos disponibles que permita dar respuesta al desafío que hoy tienen los servicios sanitarios públicos: optimizar la relación entre equidad, solidaridad, eficiencia y calidad. Y bajo esta óptica estamos abordando principalmente dos aspectos que paso a exponerles a continuación.

Estamos trabajando en la descentralización y la participación de los profesionales en la gestión. Como SS. SS. conocen, a partir del año 1993 el Insalud se relaciona con el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de un contrato-programa como instrumento para descentralizar la gestión y lograr la participación de los profesionales. Mediante este contrato se fijan los objetivos a alcanzar por el Instituto y se determina la financiación necesaria para lograrlos. A su vez, el Insalud acuerda con cada uno de sus centros la actividad asistencial que deben realizar y los recursos precisos para llevarla a cabo. Cada gerencia está acordando con cada servicio su actividad, sus objetivos de calidad y su presupuesto y este acuerdo se plasma en un documento de objetivos por servicios que constituye el contrato-programa del centro. De acuerdo con los datos de que disponemos, en el año 1993 se ha frenado el crecimiento del gasto del Insalud —gestión directa— en más de 5 puntos, lo que indica que el proceso de contención del gasto en los centros de gestión es una realidad. Lo trascendente de este tema es que con ello va a ser posible encauzar la tendencia del gasto dentro de una senda acorde con las magnitudes financieras de que disponemos. Pero es que al propio tiempo —y si esto no fuera así nos serviría el dato anterior—, se ha producido un incremento notable de la actividad realizada en los centros sanitarios. Durante 1993 en los hospitales del Insalud han ingresado 1.036.000 pacientes, lo que representa un 4 por ciento más que en 1992. Se han visto 4.317.000 urgencias, lo que representa un 5,2 por ciento más que en 1992; se han realizado casi 726.000 intervenciones quirúrgicas, más de un 10 por ciento sobre las realizadas en 1992; y se han atendido 21,5 millones de consultas externas, un 2 por ciento más que en 1992.

Durante 1993, la cobertura por equipos de atención primaria ha pasado de un 57,6 por ciento a un 69,1 por ciento, lo que significa un incremento de 11,5 puntos. En dicho año han entrado en funcionamiento 71 centros de salud, se han adjudicado las obras de 41 y se ha continuado la construcción de otros 80. En definitiva, la experiencia obtenida en 1993, en cuanto al grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el contrato-programa, ha sido de gran utilidad para una mayor definición de objetivos y una cuantificación de necesidades en 1994, donde las medidas de gestión para incrementar la eficacia de los centros sanitarios tendrán su reflejo en el cumplimiento del presupuesto en su doble vertiente de actividad y de gasto. En la actualidad trabajamos en la elaboración del contrato-programa para 1995, entre cuyos objetivos principales se incluye la corrección de desequilibrios territoriales, la orientación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud reales de la población, el aumento de la calidad de los servicios, la mejora de la satisfacción de los usuarios, así como la potenciación y la participación de los profesionales en la gestión de la asistencia sanitaria.

En los últimos años, señorías, el Ministerio de Sanidad y Consumo viene realizando, de forma permanente, estudios que nos permiten conocer la opinión de los ciudadanos españoles sobre su grado de satisfacción y la calidad de los servicios sanitarios. Orientar los servicios al ciudadano y a la percepción que de ellos tiene el ciudadano constituye un objetivo esencial de la política del Ministerio. Con carácter general, todas las encuestas ponen de manifiesto que el grado de satisfacción es elevado, aunque mejorable, y que se valoran los aspectos asistenciales mejor que los de trato personal y de facilidad en el acceso. En esta línea vamos a seguir trabajando en el objetivo de mejorar la atención personal y la libertad de elección de médico. Como saben SS. SS., ya es una realidad la implantación de la elección de médico general y pediatra y las normas que la desarrollan, teniendo previsto implantar —es un objetivo del Ministerio que les anuncio— la libre elección de especialista en 1995.

Vamos a continuar trabajando con el programa de reducción de listas de espera. Las listas de espera, como saben SS. SS., constituyen uno de los principales problemas del sistema sanitario, fundamentalmente porque constituyen una preocupación prioritaria para las personas que están en esas listas. A lo largo de 1994, las actuaciones en el ámbito de las listas de espera han ido dirigidas, fundamentalmente, al incremento del rendimiento quirúrgico en los hospitales, a la mejora de los sistemas de información para la confección de las listas y a la concertación en zonas con insuficiencias de recursos propios. Estas actuaciones han hecho posible una reducción, en el primer semestre de 1994, del 19 por ciento de los pacientes con más de seis meses en lista de espera, que, como saben SS. SS., era nuestro objetivo prioritario. De continuar esta tendencia, a final de 1994 la disminución de las listas de espera de más de seis meses estará en torno a un 54 por ciento.

En otro ámbito de actuación ya he tenido ocasión de señalar ante SS. SS. que el fomento y la ayuda a la investigación y a la docencia es uno de los campos estratégicos

que debemos cuidar con mayor atención. Desde el pasado mes de julio, con motivo de la reestructuración, a la que después me referiré, del Ministerio, han quedado integradas en el Instituto de Salud Carlos III la Escuela Nacional de Sanidad, el Fondo de Investigación Sanitaria y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de nueva creación. Las modificaciones en el marco organizativo del Instituto de Salud Carlos III han sido el resultado de un proceso de estudio y reflexión dirigido a ordenar las funciones y competencias que, en materia de formación e investigación sanitaria y control sanitario y tecnológico, le asigna la Ley General de Sanidad. En ese marco vamos a potenciar las siguientes líneas de actuación. Vamos a seguir financiando proyectos de investigación, tanto básica como aplicada, en el Sistema Nacional de Salud. El número de proyectos financiados cada año es, señorías, de unos 1.250, con una duración de uno a tres años. Con estos proyectos se abordan tanto los aspectos biológicos de la salud-enfermedad, como el medio ambiente, los estilos de vida, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud. El 15 por ciento de esos proyectos versan sobre el cáncer, el 14 por ciento sobre sida y enfermedades infecciosas, el 13 por ciento sobre problemas cardiovasculares y el 10 por ciento están relacionados con la reproducción y el crecimiento. Se va a potenciar también la realización de investigación propia en las áreas de trabajo del Instituto, que abarca, como SS. SS. conocen, la microbiología, la virología, la inmunología sanitaria, la biología celular y retrovirus, la sanidad ambiental, la alimentación y nutrición, la farmacobiología y la epidemiología. También cabe destacar la coordinación de las unidades de investigación que, en número de 100, constituyen la red denominada REUNI, distribuida en todas las comunidades autónomas, y en la que se han invertido, en el período 87/93, un total de 4.078 millones de pesetas; la coordinación de las labores técnico-científicas y de vigilancia y la asesoría técnico-científica en las materias que antes les he enumerado; la financiación de becas y ampliación de estudios, a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias, para los profesionales del sistema; el desarrollo en la Escuela Nacional de Sanidad de los programas de formación y perfeccionamiento en salud pública, epidemiología aplicada, economía sanitaria, gestión y administración y metodología en la investigación. Por último, el Ministerio participa, a través del Instituto, en los programas de investigación y desarrollo, a nivel nacional, aprobados por el Gobierno, en colaboración con el Ministerio de Educación y con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el plan nacional de I+D y en los programas de I+D europeos en el área de salud.

Finalmente, voy a referirme a la política de consumo para dar cuenta a SS. SS. de que las actuaciones que estamos llevando a cabo en este ámbito responden a las directrices del plan estratégico de protección al consumidor para el período 1994/1997 que fue aprobado por la conferencia sectorial de consumo el pasado mes de marzo. Este plan pretende consolidar y ampliar la política de consumo mediante una nueva orientación de sus acciones dirigidas a promover, entre consumidores y productores, la búsqueda

de un objetivo común de la calidad de los bienes y servicios en el marco de la Unión Europea.

La incorporación al Tratado de la Unión de la política de defensa de los consumidores en el marco de los derechos ciudadanos, en el marco de la mejora de la calidad de vida, ha dotado a la política de consumo de un nivel cualitativo distinto. Algunas actuaciones de las llevadas a cabo en desarrollo de este plan que, como decía a SS. SS., se fundamentan en esa nueva concepción que el Tratado de la Unión permite, son exponentes de esa política. Por ejemplo, el apoyo, mediante acciones de información, formación y asesoramiento, de la orientación de la actividad de las empresas hacia la calidad y la satisfacción de los consumidores. Se está trabajando en impulsar, mediante el diálogo entre Administración, consumidores y empresarios, la adopción de acuerdos para la regulación voluntaria de los diferentes sectores, en línea, por ejemplo, con el ya suscrito con los fabricantes de material eléctrico sobre fomento de la calidad.

La información disponible en materia de consumo y protección de los consumidores debe ponerse realmente al servicio de los agentes que operan en el sector. Para ello se ha potenciado la utilización del centro de información y documentación de consumo por técnicos profesionales y empresarios. En breve vamos a disponer de un estudio sobre hábitos de consumo de los españoles y de los últimos resultados del estudio Ehlass sobre accidentes domésticos y en actividades de ocio.

El gran desarrollo, en el último año, del sistema arbitral de consumo también es un claro exponente de estas políticas. El 29 de noviembre de 1993 se constituyó la Junta arbitral de ámbito nacional en cumplimiento del decreto que regula el sistema arbitral. Se han creado, además, dos juntas provinciales más, 24 municipales y 16 autonómicas, lo que supone una cobertura casi total del territorio.

El control de la publicidad en este momento es, sin duda, del máximo interés para los consumidores, pero también interesa a los empresarios porque la publicidad engañosa es una forma de competencia desleal frente a los anunciantes que cumplen las normas. Por ello, estamos intentando propiciar un acuerdo con los diversos sectores interesados (anunciantes, empresarios y consumidores) que posibilite una regulación voluntaria de la publicidad, la elaboración de códigos de conducta y la persecución de la publicidad ilícita. En esta línea se han acordado códigos éticos con varios sectores productivos, entre los que quiero recordar el de los detergentes y el de los juguetes, que ya están concluidos. Estas actuaciones se complementan con un reforzamiento de los actuales instrumentos de cooperación institucional, que seguimos potenciando, la conferencia sectorial, la comisión de cooperación de consumo y los grupos de trabajo. Y por último, en el ámbito de consumo, a la realización de las campañas nacionales de inspección se va a sumar la explotación conjunta de las campañas regionales, con objeto de mejorar la eficacia de las actividades inspectoras y la elaboración de un manual de procedimiento para la inspección de consumo, que sea útil en la práctica de esta actividad.

Estas son, en líneas generales, señorías, las políticas más destacadas en las distintas áreas del Ministerio.

Para concluir esta comparecencia inicial, y en cumplimiento del acuerdo de la Mesa, voy a tratar de dar respuesta al Diputado del Grupo Popular que ha solicitado la explicación de las razones de la reforma de la estructura del Ministerio que se ha llevado a cabo en el pasado mes de julio y que se aprobó por Decreto de 25 de junio de este año. Para explicar el espíritu de esa reforma, y no sin antes decir que las estructuras administrativas son meros instrumentos, a mi juicio, al servicio de unos fines —los fines son los que la Constitución señala al Estado en su conjunto—, pero siendo meros instrumentos, las estructuras administrativas son importantes, en la medida en que permiten acortar la distancia que existe entre lo que deben hacer los poderes públicos, por imperativo constitucional, y lo que en la práctica se está haciendo. De manera que sí es importante, a mi juicio, la clarificación y la mejor definición de la estructura administrativa.

Como SS. SS. conocen, tras su creación en el año 1983, mediante la transformación del anterior Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se inició, a raíz de la promulgación de la Ley General de Sanidad, un proceso de acomodación del Ministerio de Sanidad y Consumo a las previsiones de la ley, de acuerdo con la naturaleza de los cometidos encomendados al Estado, en el marco del Sistema Nacional de Salud. No es preciso insistir ahora en las líneas básicas de articulación de las acciones sanitarias de las administraciones públicas competentes que la ley establece para su organización y desarrollo, de acuerdo con una concepción integral del sistema. Naturalmente, la trascendencia de esta reforma sustancial ha hecho que el proceso haya ido desarrollándose de forma progresiva, teniendo presente, además, la evolución del propio proceso de transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a varias comunidades autónomas.

Desde la primera modificación de la estructura del Ministerio, en septiembre de 1986, tras la promulgación de la ley, ha sido el hilo conductor de esa adaptación la nítida separación de funciones entre las de garantía del derecho a la protección de la salud, reservadas a la autoridad sanitaria y dirigidas a garantizar la igualdad sustancial de los españoles en el ejercicio de este derecho fundamental, de aquellas que corresponden a la prestación del servicio sanitario. De esta forma, el Ministerio ha venido acomodando su estructura a las necesidades derivadas de su condición de departamento responsable de la propuesta y ejecución de las directrices del Gobierno sobre política de salud y del ejercicio de las funciones de la Administración general del Estado en este ámbito. Como se ha venido poniendo de relieve con ocasión de cada una de las adaptaciones orgánicas, la actividad del Ministerio se ha ido concentrando, cada vez en mayor medida, en la programación y orientación de los recursos sanitarios y la correcta asignación de medios a los objetivos propuestos, mediante un adecuado ejercicio de las políticas de aseguramiento, planificación, programación económica y promoción de la salud, que ejerce en la forma y a través de los medios previstos en la Constitución y en la propia Ley General de Sanidad.

El grado de aplicación de la ley y la consolidación del sistema han hecho conveniente hacer una reforma parcial, basada en esos mismos criterios, pero mediante una estructura más reducida, que permite facilitar la coordinación de las actividades derivadas de la realidad actual y, además, resulta más acorde con las exigencias propias del Estado de las autonomías. Las líneas básicas de esta nueva estructura, señoría, son, en primer lugar, una simplificación del organigrama del Ministerio mediante la agrupación de áreas homogéneas de actuación. En segundo lugar, la potenciación de las direcciones generales como responsables de la aplicación de la política sanitaria del Gobierno en sus ámbitos respectivos. En tercer lugar, la reducción de los órganos superiores del Ministerio y la agrupación de los centros directivos bajo una única subsecretaría, como medio para facilitar la coordinación de la acción del departamento. Se suprimen, por ello, dos órganos con rango de subsecretaría, las secretarías generales de Planificación y de Salud y tres direcciones generales, la de Relaciones Externas y Comunicación, la de Ordenación de la Investigación y Formación y la de la Escuela Nacional de Sanidad, al suprimirse el carácter de organismo autónomo de esta última y ser asumidas sus funciones por el Instituto de Salud Carlos III, como ya he tenido ocasión de decir. Ello se ha hecho en uso de la autorización concedida al Gobierno por el artículo 100 de la Ley de Presupuestos del año 1994.

El conjunto de la reforma supone, señorías, un ahorro de gasto público cifrado en torno a los cien millones de pesetas. Mediante esta reorganización se revitaliza el conjunto de actividades docentes y de investigación vinculadas al Ministerio, que quedan agrupadas alrededor del Instituto Carlos III, en su calidad de órgano de apoyo científico-técnico de la Administración del Estado y de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas. A las funciones que venía desempeñando el organismo se suman, por ello, las de Fomento y Promoción de la Investigación, desarrolladas anteriormente por la dirección general que se suprime, y las propias de la Escuela Nacional de Sanidad, que conserva su identidad y sus objetivos pero sin el carácter de organismo autónomo que hasta ahora tenía. Además, y dentro del instituto, se crea, como ya he dicho, la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, con nivel de subdirección general. Esta agencia permitirá dar adecuado cumplimiento a las previsiones del artículo 110 de la Ley General de Sanidad, que atribuye a la Administración del Estado la valoración de la seguridad, la eficacia de las tecnologías relevantes para la salud. Se trata, como ya he dicho, de un organismo similar a los que existen en la mayor parte de los países de nuestro entorno y constituye un instrumento fundamental para ordenar el proceso de implantación de estas tecnologías, en su múltiple dimensión económica, clínica, social y ética. La integración de la agencia dentro del instituto permitirá, además, dar una respuesta adecuada a las exigencias de funcionamiento que una entidad de este tipo requiere, sin necesidad de proceder a la creación de un nuevo organismo, dado que podrá beneficiarse de todos los medios personales y materiales de una institución tan relevante como el

Instituto Carlos III, al tiempo que se garantiza con ello la imprescindible coordinación.

Igualmente se procede a una nueva definición de las funciones que corresponden a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con el fin de adecuarlas a las últimas disposiciones dictadas como consecuencia de la trasposición de normas de Derecho comunitario al proceso de aplicación y desarrollo de la Ley del Medicamento y, sobre todo, a las exigencias derivadas de la puesta en marcha de la Agencia Europea de Evaluación de los Medicamentos. Por ello se dota a la Dirección General de los medios necesarios para la participación en la planificación, evaluación y control de medicamentos que se autoricen por la Unión Europea y se precisan las funciones que les corresponden, de acuerdo con lo establecido en la Ley del Medicamento, en relación con los procesos de promoción, registro, autorización, inspección y control de medicamentos en sus diversas fases.

En la línea indicada de separación de las funciones propias de la autoridad sanitaria de aquellas otras que son inherentes a su contenido de entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, en aquellas comunidades autónomas que no han asumido las competencias en asistencia sanitaria, el Insalud se separa nítidamente de la estructura administrativa del Ministerio y pasa a depender directamente del Ministro. En consonancia con cuanto ha quedado expuesto se atribuyen, por otra parte, al Insalud determinadas funciones hasta ahora radicadas en centros directivos del departamento. Estas funciones están básicamente relacionadas con la elaboración y desarrollo de los sistemas presupuestarios y de gestión económica, que configuran el plan de gestión de la entidad, con la realización de conciertos para la prestación de servicios sanitarios y con la gestión del plan informático, permaneciendo únicamente en el Ministerio el establecimiento de criterios generales de actuación en estas materias. El resto de las funciones y competencias del Insalud no sufre modificaciones. Por último, el Real Decreto simplifica el número de órganos directos de apoyo a la dirección general del organismo y adopta la estructura de las subdirecciones generales a sus nuevas funciones.

Señorías, éstas son en síntesis las orientaciones, el contenido y las razones profundas de la decisión de modificar la estructura orgánica del Ministerio, pero su señoría también ha hecho algunos comentarios a los que deseo contestar en la medida de lo posible.

Es sorprendente que su señoría me reproche, primero, que existe el doble de cargos y cuando se produce esa simplificación y reducción de los mismos también le sorprenda. Si en mayo su señoría puso de manifiesto que había un exceso de altos cargos en el Ministerio, supongo que estará de acuerdo y que le habrá parecido bien la reorganización. No quise ser descortés cuando le contesté que tenía los cargos que consideraba oportunos. Esa es mi responsabilidad. Los tenía entonces y los tengo ahora; es una decisión que me corresponde. Y sin querer ser descortés le ratifico que, después de todas las explicaciones que le he dado, la decisión de qué cargos y en qué ámbito responde a mi capacidad de decisión y a mi propia responsabilidad.

Respecto a los comentarios que ha hecho el señor Diputado sobre personas me va a permitir que no entre en ello, porque la decisión de sustituir personas me parece que no exige explicaciones en esta Cámara. Yo he sustituido a personas en algunos casos por extinción de los órganos o de los cargos que ocupaban; ése es el caso de dos secretarías generales y de tres direcciones generales. Los ceses de las personas que los desempeñaban son por razones obvias, porque se han suprimido tales cargos. Y en los casos en que he producido sustituciones, señor Diputado, lo he hecho agradeciendo la colaboración y el trabajo que han realizado las personas sustituidas durante este tiempo para el Ministerio de Sanidad y Consumo, decidiendo concluida una etapa y, por tanto, asumiendo la decisión de iniciar esta nueva en la que he tratado de explicarle cuánto contenido hay detrás de esa decisión de modificación orgánica de la estructura, designando a las personas que me parecen más capaces para desempeñar las funciones que han quedado definidas. Don José Manuel Freire, al que ha hecho una referencia expresa, sigue en el Ministerio y espero seguir contando con él. Estoy encantada de poder seguir contando con la colaboración del doctor Conde al frente de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias. No entiendo bien qué quiere decir con su referencia a la recuperación para la sanidad socialista. Por tanto, me permitirá que no entre en lo que considero que es el ámbito de otros chismorreos, si se me permite utilizar una expresión tan coloquial en esta Cámara, y estoy a su disposición para que formulen las preguntas y realicen los comentarios a los que pueda contestar.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, quiero recordarles que la celebración de esta sesión de la Comisión se hace de acuerdo con el artículo 202 del Reglamento de funcionamiento de la Cámara, que prevé la posibilidad de suspender brevemente o hasta cuarenta y cinco minutos, si ustedes lo desean, la sesión de la Comisión para que, tras la intervención y explicación del Gobierno, sus señorías preparen sus preguntas o refresquen un poco la garganta. ¿Les parece a sus señorías que suspendamos brevemente la sesión por cinco o diez minutos como máximo? (**Asentimiento.**) Se suspende la sesión.

La señora **PRESIDENTA**: Se reanuda la sesión.

¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**) Vamos a recuperar el procedimiento que últimamente teníamos establecido, de tal manera que en primer lugar interviene el Grupo solicitante, a continuación de menor a mayor y, en último lugar, el portavoz del Grupo Socialista. Por tanto, en primer lugar tiene la palabra, en nombre del Grupo Popular, el señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, efectivamente intervengo por ser Grupo solicitante de una de las comparecencias que hemos acumulado en el trámite de esta mañana, y quería empezar precisamente por esa comparecencia solicitada por nuestro Grupo Parlamentario, dada la microexplicación que la señora Ministra nos ha dado y también para explicarle, pues

no entiendo cómo no entiende que yo hable de sanidad socialista. Obviamente la señora Ministra, que no es miembro del Partido Socialista Obrero Español, pertenece a un gobierno que está sustentado por el Partido Socialista Obrero Español, que ha ganado las últimas elecciones generales; por tanto, la política sanitaria que desarrolla el Partido Socialista yo quiero entender que es una política socialista, a no ser que a partir de ahora tengamos que reciclarnos en ese sentido y desde el punto de vista de la señora Ministra no es una política sanitaria socialista, sino que debe recibir una nueva definición. Por ello estoy a expensas y encantado de que me saque de esta duda ideológica que sin duda ha suscitado su sorpresa por mis palabras y su contestación.

En segundo lugar, he de decirle que en su contestación —cosa que por otra parte hace con mucha frecuencia— la señora Ministra nos ha expuesto una teórica de cómo debe funcionar el Ministerio de Sanidad, qué debe hacer, cuáles son las funciones del Ministerio de Sanidad; es decir, una especie de manual del Ministerio de Sanidad ideal socialista, pero que me temo muy mucho que no es capaz de desarrollar la señora Ministra. Hablaba de estos instrumentos, además, como de instrumentos de estabilidad deseable, estabilidad en la gestión ministerial, por tanto en los planteamientos de la sanidad, que considero un rasgo fundamental. Lamentablemente yo he de recordar a la señora Ministra que a lo largo de estos últimos doce años han existido cinco ministros de sanidad, lo cual supone bien poca estabilidad ya en el máximo responsable del Ministerio y, por tanto, una pléyade de altos cargos, bien es cierto que algunos heredados, algunos recolocados y algunos llevados de arriba abajo y de abajo arriba, pero sin duda sin haber conseguido esa estabilidad que, estando totalmente de acuerdo con S. S., usted reclamaba como algo absolutamente imprescindible.

Han sido unas explicaciones formales. Me ha mencionado usted la denominación de cada una de las direcciones y subdirecciones que ha removido, que ha quitado, en las que ha cambiado personas, pero no me ha explicado en absoluto cuáles son las razones profundas. Yo, señora Ministra, vuelvo a recordárselo y fue como lamentablemente tuve que empezar mi intervención esta mañana, porque usted en mayo no solamente dijo que tenía los altos cargos que consideraba oportunos, que no deja de ser un rasgo de agresividad controlada y educada —digamos— pero venía a decir prácticamente: Mire usted, tengo los que me da la gana. Me parece muy bien que tenga los que le da la gana. Pero también me dijo, y hoy vuelve a reiterármelo y en absoluto puedo estar de acuerdo con usted, que no me iba a hablar de sus altos cargos ni de su Ministerio. Usted tiene obligación de explicar en esta Cámara todo aquello que hace usted en su Ministerio, las razones profundas que hacen que decida los nombramientos, las razones profundas que hacen que decida los ceses, las razones profundas, en definitiva, de cómo entiende el Ministerio, porque ese Ministerio, esos altos cargos sustentados todos con fondos públicos tienen que moverse en beneficio exclusivo de los ciudadanos. Esa duda la tenemos, nutrió mi última interpe-
lación en el mes de mayo del año pasado y fue usted inca-

paz de convencerme de que efectivamente todos los fondos públicos del Ministerio de Sanidad y Consumo se manejaban en beneficio exclusivo de los ciudadanos españoles. Dejó una serie de flecos, de cosas que todavía estoy esperando que me conteste —ahora le recordaré cuáles son— y no me convenció en absoluto.

No le puede extrañar, señora Ministra, que yo necesite, que el Grupo Parlamentario Popular necesite, en definitiva los ciudadanos españoles necesiten que explique el cese del señor Conde, cuando el señor Conde ha aparecido en medios de comunicación, a lo largo del mes de julio y agosto, como el responsable en su momento del Hospital de Toledo, donde se han puesto de manifiesto una serie de irregularidades que aparecían—repito— en los medios de comunicación. Es decir, que no manejo ningún tipo de sospecha infundada ni de rumorología ni de chismes, a no ser que usted crea de nuevo que la información que aparece en los periódicos, en los diarios, son chismes o son habladurías. Simplemente desmíentame, pero usted debe comprender que esa duda existe cuando coincide prácticamente en el tiempo el cese del señor Conde como Subsecretario. Por tanto, no sé si tendremos mejor ocasión para hacerlo; lo dudo, gracias a su planteamiento, pero queda absolutamente oscura, opaca, la remodelación que S. S. ha hecho en su Ministerio en el mes de julio. No sabemos cuáles son las razones profundas y reales.

Si nos centramos ahora en su intervención respecto a la petición que ha formulado, al igual que el resto de los Ministros del Gobierno, para venir a contar en esta Cámara a los señores Diputados lo que piensan hacer ustedes en el año 1995, e incluso algunos han dicho que en 1995 y en 1996, yo he de decirle que al principio consiguió desconcertarme totalmente, no sabía si estaba en el 20 de septiembre de 1994 o en el 30 de septiembre de 1993, porque nos ha dicho usted exactamente las mismas cosas que hace 355 días. Ha hecho de nuevo esa historia de la sanidad española que tanto le gusta y tan bien cuenta. Ha dicho lo sano que estamos los españoles y cómo los niños afortunadamente se mueren muchísimo menos casi que en el siglo XV. Nos ha contado todas las bondades del sistema y ahí están afortunadamente para toda la sociedad, yo he dicho en alguna ocasión que después de muchos años, de muchos esfuerzos y de mucho dinero aportado por los ciudadanos españoles.

Si repasamos lo que usted nos prometió el 30 de septiembre de 1993, vemos cómo las realizaciones de este último año, de estos 355 días últimos, dejan muchísimo que desear. Usted afirmó en aquel entonces, el 30 de septiembre, que la sanidad es una prioridad absoluta para el Gobierno. Sin embargo, hace bien pocos días, en los medios de comunicación dijo usted: Voy a procurar que el Gobierno considere la sanidad como una prioridad política. ¿Dónde estamos, señora Ministra? ¿Ha estado usted todo un año intentando convencer al señor González de que es una prioridad o efectivamente, tal como dijo con rotundidad en 1993, es una prioridad? Dudamos muy mucho que como consecuencia de los anuncios hechos para 1995 y de las actuaciones conseguidas en 1994 sea la sanidad pública

una prioridad. Ahora tendremos ocasión, además, de entrar en detalle en eso.

Afirmó también usted en aquella ocasión que pedía la colaboración responsable de los profesionales de la sanidad. Pues bien, señora Ministra, no ha respondido usted a ninguna de las inquietudes de los profesionales de la sanidad a lo largo de este año. Si se refiere usted a la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, llevamos más de dos años oyendo hablar de ella, de sus borradores, de sus preborradores, de sus postborradores, incluso ante la presentación por parte de este Grupo Parlamentario Popular de lo que podía ser el inicio de unos trabajos, sin duda alguna fáciles, como fue la proposición de ley de carrera profesional para medicina y enfermería, de nuevo en ese trámite se me vino a recordar que eso y todo lo que iba a afectar a las profesiones sanitarias se contemplaría en esta ley que no existe, que no solamente no existe sino que si existiese ya la habría usted presentado, y a lo mejor me sorprende el próximo viernes en Consejo de Ministros, aunque como la ley de secretos oficiales, por ejemplo, puede tardar dos años, y todavía no ha llegado, en ver la luz en esta Cámara.

Me habla usted también de la responsabilidad civil, que va a ser éste el año auténticamente de la solución de la responsabilidad civil, cuando ya nos ha prometido que en este año iba a celebrarse el famoso seminario con el Consejo General del Poder Judicial —estamos hablando de septiembre de 1993— y después de 355 días sigue sin celebrarse. Estaría bueno que su señoría no fuese a solucionar el tema de la responsabilidad civil de los profesionales sanitarios. La señora Ministra se ha olvidado de mencionar aquí que tiene el mandato imperativo de esta Cámara, de esta Comisión, que aprueba por unanimidad una proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, para que se ocupe de una vez por todas de eso, no solamente de la póliza, que el año pasado y que yo sepa éste ya va a ser para el año que viene para los profesionales, sino de que la judicatura entienda de qué estamos hablando y qué van a juzgar, y que existan ámbitos de conciliación prejudicial para los pacientes, para sus familiares, para los profesionales y para los jueces. Los profesionales siguen apareciendo más veces en los medios de comunicación sentados en un banquillo que por un acierto o un éxito asistencial o científico. Por supuesto que tiene que hacerlo, señora Ministra, porque este Congreso se lo ha ordenado aprobando, por unanimidad, una proposición no de ley.

Habló también de un buen número —porque fue como hoy una intervención de promesas—, de un número inmenso de promesas que sin duda alguna ponían también de manifiesto las múltiples deficiencias que después de doce años de gestión socialista sigue teniendo la sanidad pública, por lo cual estamos sumamente preocupados, señora Ministra, porque vemos cómo día a día se nos va descomponiendo como un viejo edificio, como una vieja edificación, y como no consigan ustedes actuar con decisión y con diligencia va a ser un edificio absolutamente inservible.

Habló usted de la promulgación de un decreto de vigilancia epidemiológica; no lo ha hecho. Habló usted de de-

sarrollar el plan del sida, nos ha contado que están trabajando en. Su frase favorita, la frase más mencionada a lo largo de su intervención ha sido «estamos trabajando en». Si estamos trabajando en quiere decir que no está hecho aquello que usted había comprometido, siguen trabajando en. Entiendo que las cosas no son fáciles, pero la sociedad española, y en sanidad en mayor medida, necesita soluciones, no trabajar en soluciones sino plasmarlas y concretarlas en iniciativas legislativas o en iniciativas de Gobierno.

No ha hecho usted nada sobre sanidad exterior y se comprometió a ello. No ha hecho usted nada —sigue anunciándolo porque por lo visto siguen trabajando en ello— sobre el desarrollo del reglamento de la ley de publicidad respecto al tabaco y al alcohol. Habla usted de la importancia de la coordinación interterritorial y sigue usted sin plan integrado de salud en España.

Habló en su momento de favorecer la relación personal del paciente con el médico. Fíjese lo que han avanzado y lo que van ustedes a avanzar opinando como opina su director territorial del Insalud en La Rioja, territorio Insalud. Textualmente en un boletín, en esta especie de hojas parroquiales de las que son tan amigos en el Insalud aquí y allá, de julio de 1994, el señor Bados afirma: La relación médico-paciente, que fue buena en otros tiempos, su conservación supondría una rémora en la mejora social. Son personas que usted nombre y en las cuales deposita su confianza que, sin duda alguna, la van a ayudar muchísimo a que la relación médico-enfermo mejore, tal como usted nos anunció que deseaba hacer en 1993. Nos plantea también la libre elección del médico, y dijo usted textualmente: ampliándolo a especialistas. Tenemos de mala manera la elección del ginecólogo, que no se produce en todo el territorio nacional ni remotamente, y, por supuesto, del resto de los especialistas de momento seguimos trabajando en ello.

Habló usted también de la asignación de un médico responsable a cada paciente hospitalizado, que no existe. Habló usted también de extender el consentimiento informado de los pacientes previos a intervenciones quirúrgicas o exploraciones complementarias invasivas o molestas, decía usted concretamente; tampoco está finalizado y los sitios en donde está son cuestionarios tan abigarrados, tan técnicos, que los pacientes son incapaces de entender lo que leen en un altísimo tanto por ciento. Son tan poco útiles que muchos de ellos son capaces de firmarlos sin leerlos y, por tanto, pierde todo el valor formal y jurídico que pudiese tener en un momento determinado.

Nos habló usted, cómo no, del plan de listas de espera. Nos ha dado en este año una cifras parecidas a las que nos dio ya hablándonos de 1992, porque nos está hablando usted continuamente de 1993, señora Ministra; el año 1994, y estamos en septiembre, prácticamente no existe para usted, ni para usted ni para el resto de los ministros de su Gobierno, no existe, y están haciendo ya los Presupuestos Generales del Estado, que por lo visto cierran ya, según ha dicho el señor Solbes, de forma inmediata, y no tenemos conocimiento de cuál ha sido la ejecución presupuestaria en sus ministerios. Hemos pedido que viniesen los subsecretarios cada tres meses, el Grupo Socialista lo ha hecho im-

posible. Hemos solicitado que acudan los subsecretarios a la Comisión de Presupuestos; empiezan a comparecer a finales de este mes, cuando el texto estará cerrado. En definitiva, hablan ustedes de 1993, y se habló entonces de que se iba a incentivar el rendimiento de los quirófanos, a poner en marcha un plan de cirugía mayor ambulatoria, con unidades de cirugía mayor ambulatoria (yo le dije que los conceptos de mayor y ambulatorio son difícilmente compaginables, pero ustedes sabrán), incluso la potenciación de la cirugía ambulatoria de corta estancia. Sigue habiendo, señora Ministra, pacientes españoles en lista de espera, sobre todo en lista de espera diagnóstica; hay más de 50.000 españoles esperando saber qué enfermedad tienen, no de qué enfermedad se tienen que tratar, qué enfermedad tienen que es, si cabe, más dramático. Sí han mejorado en una cosa en las listas de espera, y he de reconocerlo; han mejorado en cómo cuentan las personas que están en lista de espera. Yo no sé si el señor Temes deberá su subsecretaría precisamente a aquella pirueta, a aquel maquillaje que hizo a la semana de informarme usted de las listas de espera oficiales, que redujo de un plumazo al 50 por ciento, tanto en el ámbito de actuación quirúrgica como de actuación diagnóstica. Les he de reconocer que son ustedes auténticamente espectaculares manejando a su favor los números de las listas de espera. Con ese planteamiento me creo que reduzca usted el 54 y el 100 por cien; me creo que llegue usted a pedir por favor, de rodillas, pacientes porque se le quedan las camas y los quirófanos vacíos. Obviamente, las cifras pueden manipularse a beneficio de inventario y me temo muy mucho que es lo que están haciendo.

Habló usted también de desarrollar el artículo 82 de la Ley General de Sanidad, del sistema de compensación financiera entre las comunidades autónomas. Siguen trabajando en ello. Habló usted del desarrollo de contabilidad analítica y realización de auditorías en los distintos centros. Deben seguir trabajando en ello porque, entre otras cosas, yo le tengo reclamadas desde el mes de mayo las auditorías hechas en los últimos cinco años y todavía, habiendo pasado los plazos reglamentarios, no ha tenido a bien, como en tantas otras cosas, suministrarme esa información. Obviamente, el Presidente de la Cámara ha recibido esta misma mañana la petición de amparo para que esa información de la que usted presume, esa transparencia de la que usted presume continuamente sea una realidad en manos de un grupo parlamentario de la oposición.

El 24 de noviembre de 1993, en la primera interpelación que tuve ocasión de realizarle, la señora Ministra, de nuevo, habiendo dicho previamente que reconocía que los presupuestos reales eran una deuda que tenía el Gobierno con la sanidad —lo dijo en el mes de septiembre—, sin embargo cambió de criterio diciendo una cosa un día y al día siguiente la que más le podía interesar en función de su imagen pública y de la de su Ministerio, que estábamos con un presupuesto ajustado y realista, que era un presupuesto real. Pues bien, no sé entonces cómo pueden ustedes hablar de 1992 y 1993, de una deuda que para usted es de 280.000 millones de pesetas, para el señor Temes son 290.000 millones y que a efectos de la morosidad, del im-

pago que S. S. sigue generando en la sanidad pública mantiene cifras crecientes respecto al año anterior. Y yo sí le doy cifras de 1994, no de 1993, como ha hecho usted a lo largo de toda su intervención.

Señoría, la deuda total para los proveedores de productos sanitarios en 1994, más concretamente en junio de 1994, es de 67.400 millones de pesetas. Se mantienen históricos los hospitales del Insalud que más deuda tienen embalsada y que más morosos son en la liquidación de esa deuda. Y así, el Hospital Doce de Octubre de Madrid tiene una deuda, también a la misma fecha, de 8.175 millones de pesetas, con una morosidad, con una antigüedad de la deuda de 648 días; La Paz, 6.640 millones de pesetas, con una morosidad de 339 días, y el Hospital Universitario San Carlos, 3.525 millones, con una morosidad, con una antigüedad de 394 días. Eso sí, el 24 de noviembre usted afirmó, con la rotundidad que le caracteriza en algunas de sus afirmaciones, que el Insalud está pagando en 90 días. No sé si las víctimas del pago de 90 días son las que no están proporcionando información adecuada o si usted paga a algún sitio que no llega a los productores sanitarios, porque la diferencia entre la afirmación categórica de los 90 días y la media de 268 días o los 648 del Hospital Doce de Octubre, que hasta donde yo sé es un hospital del Insalud, indudablemente hace que sus palabras y sus afirmaciones vayan teniendo, día a día, menos valor absoluto.

En mayo de 1994 niega usted —el 18 de mayo concretamente, en una nueva interpelación— la crisis financiera del Sistema Nacional de Salud. En estos días se están reconociendo las deudas; se están reconociendo las deudas de otras comunidades autónomas, está dispuesta a sanear las deudas de algunas comunidades autónomas—ahora hablaremos de ello— pero en mayo negaba que existiese ningún tipo de crisis financiera. Es más, afirmaba rotundamente que el Insalud estaba sometido a las mismas normas de transparencia de la legislación vigente, entre ellas, la Ley de Contratos del Estado. Han aparecido informaciones en las cuales les dicen que sus hospitales del Insalud incumplen sistemáticamente la Ley de Contratos del Estado. Es más, la información a la que yo quiero acceder espero algún día, en ese juego democrático que S. S. conoce tan bien como yo, estudiar estas auditorías y el seguimiento que se ha hecho de esos hospitales en los últimos cinco años, y no solamente veamos que se vulnera esta Ley de Contratos del Estado, sino las recomendaciones que hacen los auditores internos y externos y con qué diligencia han respondido a estas auditorías que, según las hemos pedido, arrancan de 1989, época en la que fue usted Subsecretaria, y posteriormente Ministra, y en la que sin duda alguna tiene responsabilidades importantes.

En esa misma fecha la señora Ministra, en la última interpelación en la cual yo quería que me convenciese de que todos los fondos públicos se estaban utilizando en beneficio exclusivo de los ciudadanos españoles, me hizo varias promesas, entre ellas que me daría lista de donaciones de órganos y trasplantes que se habían producido en el tiempo en que yo denunciaba el parón del programa de trasplantes del Hospital Clínico, y estoy esperando desde el mes de mayo. Me dijo también que me iba a informar sobre los

movimientos de la cuenta corriente de la Asociación de Amigos del Doce de Octubre, porque dijo usted una cosa muy rara: que el gerente que entonces era gerente y ha dejado de ser gerente... No sé si la cuenta corriente se la llevó ese señor que dejó de ser gerente a su casa o si sigue ahí y usted me puede informar; tampoco lo ha hecho. También me dijo que iba a contestarla y que sentía mucho no saber que la doctora Cobo le había escrito.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, un momento, por favor. Le ruego vaya concluyendo y se centre en el objeto de estas comparecencias solicitadas para el día de hoy.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Voy concluyendo, señora Presidenta, y estoy absolutamente centrado en el objeto de la comparecencia. La señora Ministra viene a contarnos lo bien que va todo y lo que harán en los años próximos. Yo dudo muy mucho de lo bien que va todo y me gustaría que me contase cosas del año 1994 que no me ha contado, porque el salto 1993-1995 puede ser cómodo para el Gobierno pero es un fraude para esta Cámara. Por tanto, estoy esforzándome en ello y terminaré en muy breve tiempo, siguiendo sus indicaciones.

Le decía, señora Ministra, que usted se sorprendió cuando le dije que la doctora Cobo estaba siendo perseguida dentro de su hospital y le había escrito, y me prometió que le contestaría. Me temo, señora Ministra, que no ha contestado a la doctora Cobo.

En definitiva, señora Ministra, dígame por qué razón voy a creerle en lo que piensa hacer en el año 1995, si nada de lo que prometió para 1994 está cumplido. ¿Qué grado de fiabilidad puede usted inducir en este grupo parlamentario, y en la propia sociedad a la cual representamos, cuando simplemente es capaz de plantear huidas hacia adelante, grandes programas, grandes bondades en las que están trabajando? ¿Qué deuda ha generado el Insalud durante el año 1994? ¿Cuál es el montante de esas obligaciones no reconocidas —denominación eufemística propia de su Ministerio— contando con que hay algunos servicios autonómicos, como puede ser el andaluz, al cual ustedes todavía no le han transferido tres mil millones de pesetas de la deuda del año 1991; o el canario, al cual le deben 1.250 millones; o el Insalud, es decir, que se debe usted a sí misma, señora Ministra, deudas hasta 1991, 6.500 millones de pesetas que todavía no ha satisfecho; o 14.000 ó 18.000 ó 28.000 millones de pesetas específicamente para proveedores sanitarios. ¿Cuál es la desviación de la ejecución presupuestaria de 1994, señora Ministra? ¿Hasta dónde puede usted llegar anticipándonos, a fecha de septiembre de 1994, la ejecución del presupuesto de su Ministerio, datos en los cuales sin duda alguna se habrá basado para esa promesa que ha hecho de unos Presupuestos Generales del Estado reales para 1995? ¿Cuál es esa desviación? ¿Qué cambios ha introducido o va a introducir o tiene programado o incluso le daría por bueno que estuviese trabajando, como en tantas otras cosas, en este momento, en el Sistema Nacional de Salud para evi-

tar las razones que indujeron a esas desviaciones, como mínimo, de los últimos cinco años, algunas saneadas y otras sin sanear?

Le decía al principio de mi intervención, señora Ministra, que está dejando una sanidad pública inservible, es en este momento infinanciable. El agujero negro, la deuda con los proveedores, con la propia Seguridad Social, con el Ministerio de Hacienda porque no transfiere el IRPF, las deudas de todas las comunidades autónomas (no tienen más que ir repasando en qué cifras, siempre millonarias, le reclaman deuda los distintos consejeros), ese agujero negro, señora Ministra, nos tememos que por mucho que ustedes intenten maquillarlo —como hacen con las listas de espera— ronda la preocupante cifra del billón de pesetas. Si ustedes quieren de nuevo esconder la cabeza debajo del ala y hablar de esos 280.000, 290.000, 240.000 millones de pesetas, le he oído en alguna ocasión, ustedes sabrán. Pero sin ese saneamiento, sin un nuevo modelo de financiación de la sanidad pública, en el que de nuevo están trabajando, ello no será posible. Me gustaría conocer su opinión sobre si ese nuevo modelo va a ir en base a cuotas pagadas por los ciudadanos o por vía de fiscalidad pura. Nuestra tesis, como bien sabe, desde hace mucho tiempo es que el servicio de sanidad, la sanidad pública, al ser un derecho de todos los españoles, no solamente de los españoles trabajadores, debe ir por vía de fiscalidad, tesis a la que se ha apuntado el Ministro Griñán que, como bien sabe, fue antiguo compañero en su departamento y compañero ahora de Gobierno, y así lo ha manifestado hace pocos días en una afirmación que no se había hecho desde el gobierno socialista en ningún caso. ¿Cuál es su postura en ese sentido?

Uno de los rasgos fundamentales que usted ha planteado en su intervención es que la consolidación financiera es condición «sine qua non» para poder avanzar en la sanidad pública. Sanidad pública en la que posteriormente entran en contradicciones sorprendentes. ¿Por qué tienen tanto interés en recortar los incrementos y los gastos —que desde nuestro punto de vista es fundamental—, insistiendo en que el costo de la sanidad española es bajísimo? Es decir, nunca se había dado tanto por tan poco, sin embargo hay que recortar. Explíqueme esa contradicción que no solamente la veo yo, sino otras muchas personas.

Me gustaría que también me explicase en qué ha consistido esa fase de evaluación, de consulta pública del catálogo de prestaciones sobre el que usted nos ha informado hoy que está culminado. ¿A quién, cómo, en qué circunstancias se ha consultado ese catálogo?

¿Sabe la diferencia de su planteamiento, tan adornado en su presentación, entre lo que sería la sanidad pública hasta que usted ha sido Ministra y después? Que los ciudadanos españoles, a partir de ahora, cuando se pongan enfermos van a tener que consultar un libro en donde verán si pueden ir o no a la sanidad pública. Antes iban directamente y les solucionaban el problema cuando las ciencias sanitarias lo hacían posible.

De todas formas, haga un buen libro, porque cuando ponga usted los diagnósticos en las prestaciones para esa información que usted quiere dar a los ciudadanos, si los

ciudadanos previamente no están titulados en medicina o en otras profesiones sanitarias, difícilmente van a saber distinguir si tienen derecho a esa asistencia o no. Cuando se encontraban enfermos, hasta ahora acudían a la sanidad pública, pero ustedes han roto el concepto de sanidad pública que esta sociedad española tenía.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, concluya.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Y lo han roto sin ser avisados previamente, ni el señor González en las últimas elecciones generales, ni usted a lo largo del año que ocupa el Ministerio se lo han comunicado, y ello hará que haya muchas personas que estén desconcertadas y sin saber si pueden, efectivamente, acceder a esa cobertura universal, aparte de que, teóricamente, están universalmente protegidos todos los ciudadanos.

Termino, señora Ministra. Todo esto además de ser ineficaz es insuficiente. Ustedes están recortando sanidad, mal que les pese y por mucho que quieran maquillarlo, como hacen con las listas de espera, y recortan precisamente en eso, en las listas de espera, en donde el paciente no puede entrar en el sistema; recortan con el *medicamentazo*. Hay medicinas, señora Ministra, que los ciudadanos españoles, si las necesitan y están en el mercado español porque son de uso legal, tendrán que pagarlas si están fuera de su lista de medicinas financiadas por la Seguridad Social.

El catálogo ahí está —con el señor Conde, además, a la cabeza— por real decreto; insisten en el real decreto. Una modificación tan sustancial de la concepción que este país tiene de su sanidad pública debe ir por ley, señora Ministra. No pueden ir ustedes hurtando el debate en esta Cámara, donde radica la soberanía popular, del cambio sustancial que supone el que haya asistencia sanitaria a la que no se pueda acceder gratuitamente. Usted pone los ejemplos que le interesan. Hace referencia a la asistencia psiquiátrica. ¿Y la asistencia que proporciona la psicología clínica, señora Ministra, en dónde se queda en su catálogo? ¿Dónde se quedan, por tanto, los profesionales que hoy la proporcionan dentro del sistema público? ¿En dónde queda esa profesión sanitaria, en definitiva?

Señora Ministra, todo esto no son más que discursos grandilocuentes, con ese toque tan socialista de *salud para todos* de la Organización Mundial de la Salud, olvidándose de que el eslogan de *salud para todos* es de principios de 1980 y que en 1993 la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial han recomendado a todos los servicios públicos de sanidad que comiencen un proceso de desregulación y liberalización porque si no serán ineficaces a medio plazo. (**Rumores y protestas.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, concluya, por favor.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Concluyo, señora Presidenta. Todo lo que he dicho anteriormente nos está llevando a una sanidad insolidaria

con los más débiles, los que no van a tener acceso a esa sanidad. Y tal cual lo están planteando en esos pactos secretos —secretos porque ni mi Grupo Parlamentario, ni mi Partido, ni yo, obviamente, los conocemos— que están llevando a cabo con Convergencia puede ser —y no lo deseamos— insolidarios interterritorialmente (**Rumores.**) con las comunidades autónomas más pobres, con las comunidades autónomas a las que ustedes les han dejado deudas tan importantes como la de la Comunidad canaria, donde todavía están esperando que se satisfaga la promesa no solamente de la deuda histórica, sino de 33.000 millones, que, por cierto el consejero los está manejando como si los tuviese ya, o como ocurre en Galicia...

La señora **PRESIDENTA**: Concluya ya, señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Termino, señora Presidenta.

En Galicia, la previsión capitativa que hacen, como bien sabe la señora Ministra, es la que corresponde a 1986. Todas ellas son comunidades autónomas pobres, que difícilmente podrán sanear su sanidad si no la sana el Ministerio; que si son desplazadas en el saneamiento de esa deuda no podrán ejecutar las transferencias en sanidad que están solicitando en un plazo inferior a diez o quince años por los problemas en cadena de tipo financiero que se irán mezclando.

Señora Ministra, las condiciones que el Grupo Parlamentario Popular le plantea como imprescindibles para salvar la sanidad pública que se nos está cayendo literalmente encima es que usted tiene que aflorar y pagar la deuda solidariamente, que tiene que reconocer y consolidar las desviaciones de los anteriores presupuestos y, por tanto, hacer unos presupuestos reales, solidarios interterritorialmente. Además, todo esto, señora Ministra, es absolutamente imposible que usted lo haga sin ser algo más que un nuevo parche, como el que pusieron hasta 1991, si no se cambia sustancialmente de modelo de sanidad pública en este país.

El origen de todos los males financieros, de insuficiencia, de recortes, del grado de satisfacción decreciente —porque no sé cuáles son las encuestas que maneja la señora Ministra, deben ser de hace varios años— de la ciudadanía española y de sus profesionales, se debe simple y llanamente a que tenemos una ley y un modelo de sanidad socialista, y se ha demostrado, por la terquedad de los hechos, como inservible en este momento para la sociedad española.

La señora **PRESIDENTA**: Quiero rogar y recordar al resto de los portavoces de los grupos, aunque es verdad que los que no han intervenido no tienen ninguna culpa, pero les ruego, insisto, que no abusen de la permisividad con el tiempo que concede esta Presidencia, y ello en bien del desarrollo de la Comisión, porque no me gustaría aplicar rigurosamente el reglamento. (**El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.**)

Señor Fernández-Miranda, ¿para qué quiere hacer uso de la palabra?

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA:** Señora Presidenta, no me parece que el calificativo de abuso en el uso del tiempo, después de haber llegado anteriormente al acuerdo de que eran dos las comparecencias que se acumulaban, pueda ser pronunciado por la señora Presidenta. El acuerdo previo era que al acumularse las dos comparecencias la laxitud en el manejo del tiempo era prácticamente el doble de la de una comparecencia. Por tanto, no podemos llegar a un acuerdo previo a la celebración de la Comisión para que después usted intente sacarme los colores porque yo abuso de la confianza que usted deposita en mí.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Fernández-Miranda. Le voy a responder. No he querido hacer una acusación, he hecho un ruego de que no se abuse. Pero le diré que, en aplicación rigurosa del Reglamento —que no me gusta utilizar—, le correspondería haber utilizado veinte minutos —diez por cada comparecencia— y S. S. ha consumido cuarenta y tres minutos, el doble en laxitud. **(Rumores.)** No obstante, no quiero calificarlo de abuso. Les ruego de nuevo señorías, que tengan en cuenta que la disponibilidad del tiempo es para todos.

Por el Grupo Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Quería comenzar mi intervención agradeciendo a la señora Ministra las explicaciones que nos ha dado con respecto a los planteamientos o política de carácter general que va a poner en práctica, o que ya lleva ejecutando de lo ya diseñado con anterioridad, el ministerio que dirige.

Señora Ministra, yo empezaría por el final de su primera intervención, que sería la política de consumo, y luego iría analizando diversos aspectos que me han parecido interesantes de su explicación.

Señalaba usted que, en política de consumo, ha habido una labor de coordinación y de colaboración con las comunidades autónomas. Yo creo que ha sido un paso interesante y positivo el que se hayan podido constituir juntas arbitrales en comunidades autónomas, en la medida en que estos órganos, con representación de la Administración y también de las organizaciones de consumidores, sirven, de alguna manera, para desjudicializar determinados conflictos que pueda haber entre particulares; por tanto, creo que el impulso en la creación de este tipo de órganos, realizado en colaboración con la Administración central, las administraciones autonómicas y las corporaciones locales, es positivo.

En segundo lugar, quería hacer referencia a una cuestión que ya planteó en una comparecencia que tuvo lugar el pasado mes de octubre —creo recordar— el señor Conde, Subsecretario en aquellas fechas, que era la regulación, por parte del Gobierno, de la figura de la multipropiedad como necesidad de proteger a determinados titulares españoles de propiedades en base a usos temporales de inmuebles.

Efectivamente, se puso en marcha la directiva de la Unión Europea, pero también se comentó, por parte del Gobierno, que era su intención, en la medida de lo posible, adelantar el período transitorio que la directiva establecía para la adaptación de la misma a la legislación interna de cada estado. Por ello, le pediría que nos dijese qué planteamientos tiene el Gobierno respecto a la regulación, en aras de la protección del consumidor, de la multipropiedad con carácter general en España.

En cuanto a las diferentes políticas que usted ha explicado que ha puesto en práctica o que lleva a cabo el ministerio, he de manifestar que coincidimos en los planteamientos generales que ha realizado respecto del Sistema Nacional de Salud y en cuanto a la gestión de la sanidad, evidentemente con las diferencias del volumen de gestión que usted tiene la responsabilidad de realizar y las responsabilidades que el grupo político que yo represento tiene en otra esfera. Por ejemplo, cuando usted hablaba de la política farmacéutica, yo creo que es positivo que se haya logrado una reducción del tres por ciento en el precio de los medicamentos. Son avances, repito, positivos que yo creo que quizá no han tenido el relieve o la trascendencia pública que requerirían, pero que mi Grupo Parlamentario, como política que también se realiza en la comunidad autónoma en la que nosotros tenemos responsabilidades de gobierno, quiere destacar, porque es una política que tiene que ir dirigida, como usted decía, a contener el gasto público y tender progresivamente a esa limitación y a esa disminución del déficit público.

Se ha referido también a la gestión de la sanidad. Efectivamente, está comprobado que diferentes servicios públicos —a usted le atañe la sanidad, pero también sucede en otros servicios, como por ejemplo el de la telecomunicación— están diseñando últimamente unas políticas de gestión descentralizada en la que puedan participar directamente los agentes, bien sea en el mundo de la comunicación, o bien sea en el mundo de la sanidad, insisto, como es su caso; por ello, la puesta en marcha de contratos-programa, donde haya unos objetivos y unas cantidades presupuestarias a las cuales se tengan que atener las dos partes contratantes del programa, nos parece que es una política que va a dar éxitos en un plazo corto de tiempo, en la medida en que la descentralización de la gestión es buena, puesto que los gestores sanitarios, los responsables de cada uno de los hospitales, de cada una de las unidades de atención sanitaria, se involucran en la prestación de los servicios y, en definitiva, asumen responsabilidades en cuanto a la aplicación del gasto público y en cuanto a la eficiencia de la prestación de la sanidad a cada uno de los pacientes. Por ello, yo diría que, en líneas generales, coincidimos con ese planteamiento, que yo creo que es la línea por la que va la gestión de la política sanitaria en el mundo occidental moderno.

En cuanto a la atención sanitaria, es decir, lograr un sistema nacional eficiente y de calidad, que es un tema que usted ha dicho que le parecía muy importante, he de señalarle que, con algunas diferenciaciones que pueda haber por territorio, se ha dado un paso importante en los últimos años, y es justo reconocerlo. Con independencia de quién

sea el grupo político que esté en el poder o tenga la responsabilidad de gestionar un área pública, yo creo que se ha dado, insisto en ello, un paso importante, y lo que resulta necesario ahora es consolidar, mantener y garantizar un grado de protección, un grado de amparo, una garantía suficiente para los ciudadanos españoles. En ese sentido, ya se lo hice saber en alguna otra comparecencia, a nosotros nos parece oportuna la vía de la definición de las prestaciones y servicios que ha de incluir el sistema sanitario, es decir, las prestaciones que van a existir en la relación pública entre la administración sanitaria y los ciudadanos españoles; nos parece que una delimitación que se realiza a través de la ordenación de las prestaciones sanitarias es algo positivo, pero, a su vez, algo que tiene que ser dinámico y flexible, puesto que no puede una delimitación, como el catálogo que usted ha indicado que se va a aprobar próximamente, estar encorsetada. Se establecen también ahí unas posibilidades de introducción de otro tipo de prestaciones y por ello creemos que tiene que ser flexible y dinámico.

Si vemos con profundidad y rigor el tema del ámbito protector de la sanidad pública, los sistemas públicos de sanidad, en definitiva, tienden hoy en día, bien por activa o por pasiva, bien positiva o negativamente, a determinar un ámbito protector, señalando, en el caso de la Administración pública sanitaria española, el área de las prestaciones, y en el caso de otro tipo de administraciones públicas sanitarias determinando lo que no entra, con lo cual, por exclusión, entra todo el resto. Por ello, nosotros, en ese tema, estamos plenamente de acuerdo con la determinación de un ámbito protector puesto que da una garantía y, en definitiva, no vemos que haya una disminución de dicha protección a los ciudadanos españoles en la norma reglamentaria que va a ser aprobada próximamente, porque en ella se establece que es un instrumento dinámico y flexible que se irá acomodando a la realidad de las necesidades de los ciudadanos, de los pacientes.

Respecto al tema de fijar un marco estable de financiación, me parece también positivo que se vaya a una política de gasto real, a una política donde el presupuesto ya no va a ser ampliable, o sólo lo podrá ser excepcionalmente por ley, si bien en este punto nosotros tenemos nuestras dudas en lo que al gasto farmacéutico se refiere, al tener que estar el presupuesto plenamente concretado y determinado, sin que pueda existir ampliación nada más que por ley. No obstante, el planteamiento general de tender a un marco de presupuesto real nos parece que es oportuno para que cada administración pública sanitaria (el Insalud y las comunidades autónomas) sepan a qué atenerse; es decir, que no sea el presupuesto público un saco sin fondo de forma que las comunidades autónomas puedan, en su caso, gastar hasta que exista también un déficit del Insalud para luego todos esperar, con ansiedad, el crédito ampliable y proceder a su reparto. Nos parece que da mayor seriedad a la gestión de los recursos públicos un presupuesto real cerrado, con esa duda que pudiéramos tener en cuanto a los gastos de farmacia, ya que quizá pueden ser más imprevisibles que otros gastos sanitarios.

Por otra parte, usted hacía referencia también, señora ministra, al tema de la ordenación del mundo sanitario profesional. Yo creo que es necesario, como pudimos debatir con ocasión de la proposición no de ley del Grupo Popular sobre la carrera profesional de los enfermeros y de los médicos, un marco clarificador, un marco estable que defina qué tipo de profesional sanitario queremos y cuál ha de ser la relación entre ese profesional sanitario y cada una de las administraciones. ¿Ha de ser funcional? ¿Ha de ser laboral? ¿Ha de ser de alta dirección? Yo creo que se tiene que establecer un mínimo común denominador al respecto. Eso, evidentemente, tiene sus dificultades, puesto que una ordenación de las organizaciones sanitarias abarca a muchos colectivos profesionales, pero ése es el gran reto que tiene el ministerio que usted dirige en el ámbito profesional.

También me gustaría que me aclarara, cuando hacía referencia a que para el año próximo se va a hacer una cobertura de la responsabilidad civil de los profesionales, si va a abarcar a todos los agentes sanitarios, a los auxiliares, a todo el personal que trabaja en el ámbito de la sanidad, o si se va a referir únicamente a los médicos. No me ha quedado suficientemente claro, por lo que le pediría una explicación sobre este punto.

Finalmente, señora Ministra, quisiera referirme al tema con que usted ha iniciado, creo recordar, su intervención, es decir, el grado de atención y de evolución de las enfermedades en España, la política que se sigue en cuanto a la prevención del sida. El Plan Nacional contra el Sida, con la atribución de determinadas responsabilidades al personal de las comunidades autónomas, ha mejorado en cuanto a su gestión, por lo que es la política a seguir. Las administraciones no pueden actuar encorsetadas o compartimentadas entre sí, y la colaboración con las comunidades ha mejorado últimamente; por tanto, nos congratulamos de ello.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia y la exposición de la señora Ministra, sobre todo en el contexto de que faltan pocos días para llegar al año en que hacía su primera comparecencia para exponer precisamente las líneas políticas de su departamento, lo cual permite, por una parte, comprobar lo ejecutado en este tiempo y, además, como se ha podido comprobar, ver lo que queda por cumplir.

En estos momentos de recesión económica es evidente que los pilares básicos de lo que entendemos por Estado de bienestar se resienten más, y uno de estos pilares es precisamente la sanidad. No podemos ni debemos renunciar a mantener, por lo menos, las mismas cotas a las que hemos llegado.

Estoy de acuerdo con la mayor parte de las cuestiones que ha planteado la señora Ministra, como la necesidad de que los profesionales trabajen a satisfacción. Esto no ocurre siempre, es verdad, y tenemos que decirlo con toda claridad, huyendo, sobre todo, de la llamada medicina defen-

siva a la que nos dirigimos por una serie de circunstancias, bien sea por la mayor tecnificación o por la falta de una adecuada relación entre médico-enfermo. Esto es así y tenemos que ponerlo de manifiesto. En cualquier caso, tomamos nota del compromiso de la señora Ministra de que precisamente para el año próximo —se entiende que a primeros— se solucionaría la cuestión actualmente en el aire de la responsabilidad civil.

Estamos de acuerdo también con la necesidad de que una buena educación sanitaria de la población es imprescindible para llegar a un marco adecuado de la optimización de los recursos, que siempre son finitos, mientras que en materia de sanidad las necesidades casi llegan a lo infinito. También estamos de acuerdo en que hace falta el máximo rigor posible en la gestión.

Hablando de los recursos, llegamos a lo que la señora Ministra ha dicho sobre financiación sanitaria. Coincidimos en que debe establecerse un marco de financiación estable, con las características que ha anunciado. Las dotaciones tienen que ser suficientes, no sólo en relación con lo inicialmente presupuestado el año anterior, sino en relación con la liquidación del ejercicio pasado. Durante estos años anteriores —parece que menos en los últimos— ha habido desviaciones presupuestarias que han llevado a unas consecuencias graves y desagradables, sobre todo para aquellas comunidades autónomas que tienen el Insalud transferido, para las que ha supuesto llegar a aquella deuda histórica que se está solucionando —al menos la última parte— con los presupuestos actuales. De todas formas, otra vez se está produciendo un déficit de los años 1992, 1993 y 1994 que también será necesario solucionar.

Ha hablado del mecanismo automático del Insalud centralizado y del Insalud transferido. Debemos aprobar unos presupuestos suficientes, con lo cual no sería necesario este mecanismo automático para poder hacer frente a esa desviación. Para llegar al presupuesto real tenemos que tener en cuenta la universalización del sistema, una mayor tecnología y el envejecimiento de la población, con una mayor expectativa de la vida, lo que nos conduce, aunque no sea en la misma proporción, a tener que aumentar, en mayor o menor grado, la aportación presupuestaria, por lo menos hasta llegar a la financiación de la sanidad en relación con el producto interior bruto de los otros países de nuestro contexto geopolítico. Como decía antes, debe aflorar el déficit de los tres últimos años; por decirlo de una manera gráfica, poner el contador a cero. Y en cuanto a la financiación sanitaria de las comunidades autónomas, entendemos que tiene que ir en relación con la población protegida.

Otra cuestión que nos preocupa son los mecanismos de compensación en lo referente a los enfermos desplazados de unas comunidades a otras.

Me parece que empezamos mal si hablamos de la financiación sanitaria de las comunidades autónomas, del equilibrio territorial, de solidaridad, de comunidades autónomas pobres y de comunidades autónomas ricas. En cualquier caso, la imputación de pactos secretos no sólo me parece injusto, sino que me atrevería a decir que es incluso demagógico. Nosotros hemos denunciado de una forma

clara y concreta, en una situación diferente a la actual, y ahora, con la situación que tenemos, también de forma clara, pública y transparente; hemos denunciado, insisto, el agravio comparativo que representaba para las comunidades autónomas con el Insalud transferido el sistema actual de financiación sanitaria. Pero decimos que no para una, sino para todas.

A ese respecto, si me lo permite la señora Presidenta, me referiría a la proposición de ley del Parlamento de Galicia debatida en el Pleno de esta Cámara, que presentó de forma unilateral la solución de la financiación sanitaria. El portavoz del Grupo Popular apelaba al derecho que tenían de buscar solución al problema de financiación sanitaria para su comunidad autónoma. Nosotros también tenemos ese derecho, pero preferimos defenderlo desde el punto de vista de buscar las soluciones para todo el sistema, no sólo para el transferido, sino también para el centralizado. La señora Ministra seguramente nos agradecerá que le hagamos el favor de pedir al Ministerio de Hacienda una mayor aportación para la financiación sanitaria.

Por tanto, también somos solidarios con el Insalud no transferido, pero más con el transferido, porque tiene esos problemas. Por eso, cuando se nos dice que sólo nos preocupamos de nosotros, no sólo es injusto sino totalmente demagógico. Y no hablemos de pactos secretos cuando esto no puede ser, naturalmente, secreto. En todo caso, las negociaciones serán secretas, pero cuando se llegue a un acuerdo tendrá que ser público. Cualquier imputación en este sentido no sólo me parece injusto, repito, sino totalmente demagógico y no sé adónde puede conducir, además, entrando ya en que hay comunidades ricas y comunidades pobres. ¿Es que las comunidades ricas necesitan menos sanidad y las pobres más?

Me gustaría formularle algunas preguntas en relación con la exposición que ha hecho la señora Ministra. En primer lugar, me gustaría conocer cuándo se va a publicar el decreto sobre publicidad y venta de tabaco y bebidas alcohólicas, aunque sé que tiene que pasar por el Consejo Interterritorial de Salud.

En segundo lugar, hace más de un año que se publicó el Decreto de financiación selectiva del medicamento. Ya sé que me puede contestar que no era el único objetivo ahorrar en gasto farmacéutico, pero desearía saber si se ha hecho alguna evaluación del ahorro que ha representado en dicho gasto farmacéutico a lo largo de este año en que ha estado en vigor dicho decreto.

En tercer lugar, ¿para cuándo está previsto la ley de ordenación de profesiones sanitarias y el estatuto marco? Le agradeceríamos que nos contestara, si no en concreto, por lo menos aproximadamente, porque de esta manera no tendríamos que estar pidiendo estos datos continuamente o haciendo una referencia a los mismos, aunque comprendo que una cosa es seguir trabajando y otra comprobar los resultados.

Hace aproximadamente un año anunció en su comparecencia la elaboración de un plan integrado de salud, que hacía falta que las comunidades autónomas lo terminaran de hacer. Desearíamos que nos dijera cómo está y si hay al-

guna provisión en el tiempo de cuándo se podrá aprobar dicho plan.

En aquella ocasión, al igual que hoy, destacaba la importancia de la epidemiología en la cuestión sanitaria, para lo que entendía necesario la promulgación de un decreto que regulara el sistema de vigilancia epidemiológica. Nos gustaría que nos comentara cómo está este tema.

Finalmente, debemos preguntarle sobre el decreto de regulación de almacenamiento, retirada, transporte y eliminación de los residuos sanitarios.

Agradeciendo nuevamente a la señora Ministra su comparecencia, no tengo nada más que decir.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señora Presidenta, y gracias, señora Ministra, por su comparecencia y por los datos que ha ofrecido en la misma.

Sabe la señora Ministra que desde nuestro Grupo Parlamentario compartimos los objetivos repetidamente formulados por usted y por sus predecesores a la hora de señalar que la defensa de la calidad, equidad y universalidad de la sanidad pública es el objetivo básico del trabajo de su ministerio. De las intervenciones de los grupos parlamentarios que me han precedido en el uso de la palabra se podría deducir que ese objetivo es unánimemente compartido por todos los que aquí representamos al pueblo español; esas declaraciones están bien, peor sería que fueran en sentido contrario. Pero a la hora de descender al terreno de lo concreto las divergencias aparecen, por no señalar las contradicciones flagrantes que se han puesto de manifiesto aquí mismo cuando, por un lado, se menciona la defensa del sistema sanitario público y, por otro, al final y como de pasada se añade la necesidad de liberalización del mismo para poder mantenerlo.

Sin embargo, yo tengo que decir, señora Ministra, que la sanidad pública continúa siendo desde hace doce años de administración por parte del PSOE, y después de ocho años de publicación de la Ley General de Sanidad, un monstruo sin cabeza. Cualquier afirmación de que el sistema sanitario es eficaz o es de calidad carece de la fundamentación científica y técnica mínima. Otros portavoces lo han señalado, pero yo quiero que el eje de mi intervención sea la ausencia en sus palabras de la promesa —por lo menos de la promesa, señora Ministra— del plan integrado de salud. Usted lo anunció para finales de este año ante esta misma Cámara —otros portavoces también lo han señalado—, y en su comparecencia de hoy ni siquiera aparece esa promesa. Como la pérdida de la memoria histórica no es buena para nadie, quiero señalar que hace dos años se aprobó una proposición no de ley que, presentada por mi Grupo en esta misma Comisión, instaba al Gobierno a la presentación de este plan integrado de salud; tampoco puedo olvidar que se me acusó de oportunismo porque ese plan integrado de salud iba a ser enviado a esta Cámara en brevísimo plazo, incluso inferior al que yo proponía de seis meses en la proposición no de ley.

El plan integrado de salud —es cuestión de lógicas políticas— no es ninguna obsesión por parte de mi Grupo fuera de lo que a juicio del mismo deben los criterios fundamentales de política sanitaria. La ausencia del plan integrado de salud supone, está suponiendo en la práctica, en la actividad suya, lo desee usted o no, la imposición de la lógica económica sobre la lógica de salud, y el evaluar los servicios sanitarios en función de actividades no relacionadas con objetivos, por tanto, evaluar el ahorro como fundamental objetivo de buena gestión.

No voy a hablar de la calidad de los indicadores del sistema de salud en esta ocasión porque supongo que hay suficientes declaraciones en el «Diario de Sesiones» acerca de mi opinión sobre los mismos, pero quiero insistir en que esos indicadores del sistema de salud en planificación sanitaria deben ser algo más que el frontispicio o el preámbulo de las intervenciones globales que hacen los sucesivos ministros; deben ser los criterios fundamentales que identifiquen objetivos parciales en financiación, en inversión, en gestión, en investigación y docencia, e incluso en actividad normativa, y ante la ausencia de esos criterios científicos que permitan evaluar el sistema sanitario público, reafirmo la valoración de que es un monstruo sin cabeza.

Es verdad —dice usted y yo lo comparto— que el sistema sanitario público es más barato que el sistema sanitario privado. Ahora bien, la eficacia del sistema sanitario público español está por demostrar; está por demostrar en qué medida los servicios sanitarios intervienen positivamente, de manera concreta y con objetivos desagregados en la mejora de la salud de los españoles; para qué nos sirven los indicadores de mortalidad infantil —aceptando que hubieran sido correctamente elaborados, que es mucho suponer— si no son capaces de indicar los colectivos sociales en los cuales esa mortalidad infantil es sensiblemente superior a otros, y en qué medida esa diferencia en los indicadores se traduce en una actividad específica de los servicios sanitarios para intentar conseguir los objetivos de equidad que usted señala. Mientras eso no exista, los indicadores pueden servir para ocupar páginas en los periódicos o para rellenar «Diarios de Sesiones»; desde luego, no para deducir si el sistema sanitario está sirviendo o en qué medida lo está haciendo para mejorar la situación de salud que, en definitiva, es para lo que la sociedad española destina anualmente una cantidad tan importante como tres billones de pesetas. Y para ello, señora Ministra —y anuncio la presentación de una proposición no de ley por parte de mi Grupo Parlamentario—, es necesario reformar el certificado de defunción. Los indicadores de mortalidad —únicos indicadores objetivos aunque sean de la parte más negativa de la salud— no sirven para nada mientras no esté reflejado en el certificado de defunción, y en la mala calidad de dicho certificado es en lo que me baso para negar la veracidad de los indicadores de salud elaborados en función del mismo. Mientras no se valore la situación cultural, el nivel educativo, la situación laboral y la situación socioeconómica que pudiera derivarse; mientras no se reflejen todas estas circunstancias, los indicadores sanitarios son imposibles de elaborar. Yo sé que es

complejo, desde el punto de vista estadístico, y complicada la implantación de un nuevo certificado de defunción, pero es indispensable a la hora de abordar estos objetivos que a mi juicio son vitales.

Si mi Grupo alguna vez accede al Gobierno, yo respetaré, desde luego, el derecho de las personas que ocupen el máximo nivel de responsabilidad en los diferentes ministerios intentando adecuar su estructura a sus objetivos, pero no puedo menos que preguntarme si esta ausencia flagrante de criterios de salud pública a la hora de invertir, de gestionar, de evaluar, en definitiva, los servicios sanitarios tiene que ver con la desaparición de las secretarías generales de planificación sanitaria y de salud pública. Supongo que me responderá que eso ha sido englobado en otras responsabilidades administrativas. De todas maneras, cuando se comparan los dos argumentos llama la atención.

Yo me he visto sorprendida porque estamos en septiembre y los Presupuestos Generales del Estado y los del Ministerio de Sanidad deben tener un nivel de avance importante. Pero no puedo ocultar que cada vez que abro los periódicos me echo a temblar cuando leo declaraciones del Ministerio de Economía, declaraciones del Ministerio de Trabajo que hablan de las modificaciones. La verdad es que todavía no sabemos cuáles, de las múltiples que se han puesto sobre la mesa, se van a adoptar; si se va a aumentar el IVA, si se va a adoptar el impuesto sobre carburantes o si se van a suprimir o a reducir sensiblemente las cotizaciones de los empresarios a la Seguridad Social, supuestamente para crear empleo. Sin embargo, señora Ministra, y repito, más allá probablemente de sus intenciones, loables desde el punto de vista de la sanidad pública, la verdad es que las declaraciones de los responsables de la derecha económica en relación con la sanidad suelen preceder, es verdad que con bastante antelación, políticas concretas al respecto.

Ha habido declaraciones del Presidente de la CEOE que han sido ratificadas, aunque no desde el punto de vista de medidas adoptadas, hablando de que la financiación de la sanidad pública corra al cien por cien a partir de los Presupuestos Generales del Estado.

Yo quiero decir aquí que Izquierda Unida históricamente ha defendido la financiación de la sanidad a partir de los Presupuestos Generales del Estado, ya que, en una lógica de fiscalidad progresiva, la financiación de la sanidad pública debe pasar, de ser una prestación social, a un derecho universal. Ahora quiero decir aquí —probablemente constituya una novedad para muchos de ustedes— que ese objetivo no es etéreo al margen de la realidad histórica concreta, y en este momento en el que se está hablando de fiscalidad regresiva, porque ya los Presupuestos Generales de 1994 disminuyeron en casi medio billón de pesetas el Impuesto de Sociedades, se pretende limitarlo aún más. En ese marco concreto, la financiación de la sanidad, a partir de los Presupuestos Generales del Estado, corre grave peligro cuantitativa y cualitativamente.

El Presidente de la CEOE añade a esta propuesta la de que, como la sanidad pública no va a poder sufragar en su totalidad los gastos sanitarios reales, habrá que tener en cuenta la participación del usuario. Que lo diga el Presi-

dente de la CEOE podría no preocuparnos a quienes defendemos la gratuidad y la universalidad del sistema si no fuera porque recientemente ha habido declaraciones por parte de altos cargos del PSOE en el mismo sentido. En concreto, recojo las declaraciones de Carlos Pérez Espuela, gerente del Hospital de La Princesa de Madrid, en un curso de verano de El Escorial. Dice este señor: Probablemente, la única posibilidad de financiar los incrementos de gastos es a través de los usuarios, bien directamente pagando éste la diferencia cada vez que utilice el servicio, o indirectamente, a través de una compañía aseguradora que cubra el riesgo económico de la diferencia. Añadió la guinda que se viene anunciando, aunque afortunadamente no se ha hecho realidad, de que los hospitales deben convertirse en sociedades anónimas de capital público y competir entre ellos.

El señor Almunia, Presidente del Grupo Socialista del Congreso, abunda en estos planteamientos diciendo textualmente: Es absolutamente necesario ahondar en esta cultura de la colaboración, y además de la cultura empresarial en sanidad tenemos la cultura de la colaboración —que evidentemente se refiere al pago del usuario—, si no, la demanda pesaría demasiado, ya que ésta aumenta conforme mejoran las prestaciones.

Estas declaraciones no son solamente ocupación de espacio en los medios de comunicación, sino que, en un documento del Gobierno tan importante como la actualización del plan de convergencia, que tiene fecha de 15 de julio de 1994, se señalaba lo siguiente: Se calcula una disminución de la caída del «ratio» ingresos-PIB en el período 1994-1995. Entre otras cosas hace referencia a lo que he señalado anteriormente, a que el coste recaudatorio de las últimas reformas del Impuesto sobre Sociedades, que pretende potenciar la capacidad inversora de las empresas, está detrás de esta caída de las inversiones.

En este sentido se plantea que la caída de ingresos será ligeramente inferior en 1997 al existente en 1993, y a la hora de concretar se plantea que el gasto público reduzca su tamaño en relación al PIB en torno a 3 puntos en el período 1994-1995. En concreto, según nuestras previsiones, pasaría de un 17,2 por ciento del PIB en 1993 al 15,7 por ciento en 1997. Y añade algo sobre lo que yo le pregunto explícitamente qué repercusiones va a tener en el ámbito sanitario.

La oferta de empleo público será restrictiva, de manera que sólo se cubrirá el 50 por ciento de las bajas que se produzcan por jubilaciones de empleos públicos. A esto, en la situación de políticas neoliberales galopantes que vivimos, se añade el anuncio, en los últimos días, de las exigencias de un nuevo plan de ajuste para España, entiendo que más allá de las ya anunciadas por el propio Gobierno, por la Unión Europea a la hora de alcanzar los objetivos de déficit público y de otros indicadores nominales planteados en el Tratado de Maastricht.

Adelanto que, aparte de la pregunta de cuáles son las grandes líneas de los presupuestos de sanidad para 1995 —entiendo que ése no es el objetivo concreto, pero me parece indispensable abordarlo—, yo quiero decir que cualquier disminución del Impuesto sobre Sociedades o de la

cotización de los empresarios a la Seguridad Social supone una transferencia concreta de rentas de las clases más desfavorecidas a las clases más favorecidas, en ausencia real de creación de empleo. Estamos hablando de crisis económica como justificadora de todo, y los datos son los siguientes: El incremento de la productividad en España en los últimos 10 años, entre 1983 y 1993, se ha incrementado en un 22,6 por ciento. Solamente un 6,5 por ciento de esa productividad ha supuesto incrementos en el salario real; el resto, el 16 por ciento, ha sido apropiación empresarial. Es importante que hablemos, porque los discursos y la cantidad de espacio que se ocupa en los medios de comunicación sustituyen muchas veces a la verdad de los datos.

Señora Ministra, urge ofrecer criterios objetivos en la financiación de las comunidades autónomas; criterios objetivos que son necesarios para que su Ministerio, para que la sanidad pública no se vea sometida periódicamente a presiones desde diferentes puntos de vista. Es necesario definir el gasto real como uno de los criterios —eso parece innegable—, pero habría que sumar, como punto de partida elemental, el déficit histórico en recursos que tienen determinadas comunidades autónomas, uniéndose criterios demográficos, pero no sólo éstos, sino también criterios socioeconómicos. Siento que no esté el señor Cardona, pero tengo que añadir que la pobreza es causa directa de enfermedad y, por tanto, la diferente situación socioeconómica y las desigualdades territoriales deben ser criterios que maten la financiación de los servicios sanitarios, así como la situación sanitaria de la población o factores de dispersión geográfica. Es necesario objetivarlo como punto de partida y que las modificaciones lo sean en función de los criterios preestablecidos, que impidan, y siento afirmar con rotundidad, que esa indefinición sea un mecanismo de presión política bidireccional entre el Ministerio de Sanidad, en definitiva, entre el Gobierno y las comunidades autónomas. Y que, por otro lado, haya comunidades autónomas que en el ejercicio de sus competencias, desde mi punto de vista bastante discutibles en el marco de la Ley General de Sanidad y de la propia Constitución española, estén tomando decisiones de modelos de privatización que suponen incrementos del gasto sin incrementos de calidad. Eso no puede ser transferido como criterio de aumento del gasto a la hora de pedir incrementos en la financiación de las comunidades autónomas. Evidentemente, los gobiernos autonómicos son también representantes de la soberanía popular, pero, en definitiva, determinadas decisiones políticas a este respecto no deben redundar en el gasto global, que tiene que contemplar otras prioridades.

Señalaba la señora Ministra, en su comparecencia, los beneficios de la definición de prestaciones. Yo no lo comparto, ya lo sabe la señora Ministra. Creo que hay criterios de evaluación de la calidad y de protocolos de la actuación sanitaria que deberían garantizar que las técnicas y los métodos diagnósticos y terapéuticos se utilicen en función de las necesidades, no de otros criterios económicos o de desviaciones de la actuación de profesionales sanitarios. Sin embargo, lo que no puedo aceptar es que se deduzca que esa definición de las prestaciones supone una generaliza-

ción, señora Ministra. La generalización de las prestaciones viene garantizada únicamente por el desarrollo de programas de salud preventivos y por la dotación de recursos suficientes.

Insisto en el cáncer de mama. Usted lo ha señalado muy correctamente como la principal causa de muerte entre las mujeres, y además la primera causa de muerte que con más intensidad crece. No hay actuaciones preventivas universales, ya que si bien todos sabemos que la etiología del cáncer de mama es desconocida en una buena parte, lo que sí se conoce es la eficacia de su detección precoz, y eso no se está haciendo con carácter general y universal en la sanidad pública. El hecho de que usted lo incluya en un catálogo de prestaciones no quiere decir, ni muchísimo menos, que eso se haga en los centros de salud con carácter general. Si me permite la señora Ministra le diría que al hablar de salud pública y de medicina preventiva no podemos centrarlo en la demanda. Aun suponiendo que todos y cada uno de los ciudadanos y ciudadanas de este país conociera sus derechos en cuanto a prestaciones, no es la demanda el eje fundamental de las actuaciones preventivas, sino la actividad de los servicios de salud.

He de decirle que la planificación familiar, la interrupción voluntaria del embarazo está desapareciendo progresivamente como prestación real de la sanidad pública. Y aprovecho para preguntarle si es cierto lo que los borradores que circulan sobre la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo dicen de la exclusión de la sanidad pública del aborto por libre decisión de la mujer, y su opinión al respecto.

Sin embargo, le quería decir que es cierto —no tengo ningún motivo para ponerlo en duda— que ha debido haber un incremento de la actividad quirúrgica de los centros, lo cual —y sigo haciendo referencia a lo que pretende ser el eje de mi intervención—, en ausencia de plan integrado de salud no sé si es bueno, señora Ministra. Sabemos que en los sistemas sanitarios privados cualquier ciudadano corre el riesgo de ser intervenido quirúrgicamente cuatro veces más que en un sistema público, de lo cual no se deduce que eso redunde en una mayor situación de salud. Pero sí que sé, señora Ministra, que está habiendo una presión asistencial brutal sobre los trabajadores sanitarios, fundamentalmente sobre el personal de enfermería. Valdría la pena, señora Ministra —por indicarle algo de lo que tengo constancia directa—, que algún día se pasara por el Hospital Doce de Octubre de Madrid y comprobara en qué condiciones se están dando los tratamientos de quimioterapia a pacientes con cáncer. En una sala de cuatro metros cuadrados hay ocho pacientes, y con un ritmo de trabajo por parte del personal que los imparte absolutamente incompatible con la racionalidad.

Usted sigue hablando —y no puedo entenderlo sino como concesión a la derecha política galopante— del hecho de la libertad de elección de especialista, incluso su Consejero de Sanidad de Andalucía habla de la libre elección de hospital. No puedo dejar de decir que eso es una enorme cortina de humo si no se interviene sobre el factor fundamental de la calidad, que son las condiciones en las que los trabajadores públicos, médicos y no médicos, rea-

lizan su trabajo. La libre elección de hospital, en cualquier caso, va en relación directa con la competencia entre hospitales que señalaba el gerente del Hospital de La Princesa, que, desde luego, es uno de los ejes fundamentales de la libre elección de sistema sanitario que la derecha de esta Cámara propugna.

En cuanto a la política de farmacia, no voy a centrarme en este tema; otras comparecencias se han destinado fundamentalmente a ello. Sin embargo, quisiera saber cómo se concreta la política anunciada por el señor Temes y que recibió el apoyo incondicional por parte de mi Grupo Parlamentario con respecto a la potenciación de genéricos, incluso a la elaboración parcial del producto final de medicamentos dentro de los hospitales; en qué medida la publicidad de medicamentos, que está regulada por real decreto, está siendo llevada a la práctica, ya que, por la publicidad abusiva en los medios de comunicación —yo sinceramente no veo mucho la televisión—, da la sensación de que no ha sufrido variaciones importantes con respecto a lo que anteriormente era habitual, y sí la presión económica de los laboratorios sobre los profesionales continúa, como yo creo, intacta.

Referente a las listas de espera, son criterios a la hora de elaborarlos; en cualquier caso, supongo que el incremento de actividad algo ha debido intervenir sobre las mismas. No obstante, señora Ministra, y aunque supongo que habrá otras ocasiones de mencionarlo, por lo menos mi Grupo Parlamentario pretende que se discutan en esta Comisión los criterios por los cuales se han cerrado entre el 25 y el 30 por ciento de las camas de hospitales públicos en verano; entre ellos, en zonas de recepción de veraneantes, es decir, en zonas costeras, zonas de Andalucía, zonas de las islas; nos gustaría conocer qué criterios emplea el Insalud a la hora de reducir las camas.

Quisiera terminar con varias pinceladas sobre algunos aspectos. En política de consumo hay un tema que no se ha tratado, creo yo, desde el punto de vista normativo, ni por la Administración ni por los grupos parlamentarios, y que a mí me parece que es especialmente preocupante, y es la difusión progresiva de lo que se llaman líneas blancas de productos alimenticios en las grandes superficies; son productos sin marca, productos de cuya calidad nadie se hace, en definitiva, responsable. La información que reflejan los diferentes estudios evidentemente habla de niveles de calidad muy inferiores y sin control sanitario suficiente.

En cuanto a las campañas de educación sanitaria, sabe la señora Ministra que mi opinión es que si el ahorro debe producirse en algún sitio, la invitaría a que dejara de hacer campañas de publicidad, al menos respecto al consumo de tabaco y alcohol. No hace falta más que la señora Ministra abra los ojos por las calles y vea la publicidad de tabaco y de alcohol específicamente dirigida al consumo por parte de los jóvenes. Hay un anuncio de vodka que habla de qué diría mi mamá si me viera con no sé qué marca de vodka, o los precios del tabaco como reclamo publicitario. Deje de gastar dinero, señora Ministra; el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación jamás llegarán —ni desde ninguna otra parte, aunque yo desearía que fuera al contrario— a niveles de

gasto y de eficacia como los que supone la publicidad en medios de comunicación, en cines, en televisión, en vallas, etcétera.

Aprovecho para preguntar qué se ha hecho de la aprobación por unanimidad en esta Cámara de una proposición no de ley de mi Grupo Parlamentario en cuanto a la publicidad de tabaco y de alcohol. Insisto en que lo que menos me preocupa en este caso es la norma, lo que me preocupa es el grado de control y la capacidad de ejecución de la misma.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, termine, por favor.

La señora **MAESTRO MARIN**: Voy terminando, señora Presidenta. Sólo quiero dar dos pinceladas.

Con respecto a lo del «Carlos III», quiero señalar que, en ausencia del Plan Integrado de Salud, la investigación que realiza el «Carlos III» está, sin duda —y permítame que se lo diga—, más relacionada con los intereses, sin duda legítimos pero no prioritarios, de los grupos que desean intervenir en determinados problemas de salud que de lo que se deduzca de la investigación de los problemas prioritarios a la luz de objetivos sanitarios que debían venir en este Plan Integrado de Salud.

En concreto, quiero señalar que ha llegado a mis oídos que, por ejemplo, el registro de lepra, una de las enfermedades infecciosas que está creciendo en nuestro país, se ha dejado de realizar en el «Carlos III» porque ha finalizado el contrato de la persona que estaba realizando el registro de lepra. Ya no se hace tal registro de lepra.

Quería hacerle una pregunta bien concreta, y es qué pasa con el Centro de Investigaciones Clínicas. Ha habido declaraciones, que yo suscribo, acerca de la necesidad de que se tomen decisiones para incluir a estos centros sanitarios dentro de la red del Insalud. Su inclusión en el «Carlos III» obedeció a criterios muy poco sustentables, desde luego, desde el punto de vista de la capacidad de los centros para ser punteros en investigación clínica y lo lógico, desde el punto de vista de la racionalidad de la gestión y de la eficacia de la misma, sería su inclusión dentro de la red sanitaria pública como unos hospitales más.

Quería hacer otra pregunta. No sé si tendrá noticia la señora Ministra, pero, a finales del período de sesiones pasado, se aprobó por unanimidad una moción de mi Grupo Parlamentario, consecuencia de una interpelación urgente, acerca de la ley de salud laboral, que tenía dos aspectos: uno, la remisión a esta Cámara de la ley de salud laboral y, otro, el desarrollo del capítulo de la Ley General de Sanidad, que sigue durmiendo el sueño de los justos desde hace ocho años y que fue aprobado por unanimidad; es decir, pregunto explícitamente si su Ministerio piensa tomar alguna medida al respecto.

¿Va a haber nuevas transferencias, señora Ministra, o se va a consolidar el modelo sanitario heterogéneo, disperso e inabarcable que configura un mapa sanitario, con la mitad del territorio con gestión sobre los servicios sanitarios, la otra mitad centralizada —por utilizar la palabra que ha utilizado el señor Cardona— y con las competencias de salud

pública transferidas desde hace tiempo, con ausencia de criterios importantes de coordinación de algo que debería ser, a mi juicio y al juicio de mi Grupo parlamentario, competencia fundamental del Ministerio de Sanidad y Consumo, independientemente de que aspectos concretos de la gestión, etcétera, fueran transferidos a las comunidades autónomas?

Quiero terminar en el mismo sentido, y en esto tengo que coincidir con el señor Fernández-Miranda. El Ministerio de Sanidad se caracteriza, y lo veo por lo que ocurre con otros ministerios, por un oscurantismo incomprensible en la información. Yo he solicitado también numerosa documentación, que amablemente se me dice que se me va a remitir y no se me remite. Hay documentos importantísimos para la realización de nuestro trabajo parlamentario, como son las memorias del Insalud o como otros documentos que publica el Ministerio de Sanidad que es necesario que ustedes los transmitan. ¡Cuántas preguntas parlamentarias podrían ahorrarse si en los Grupos tuviéramos la documentación pública y objetiva que produce el Insalud y el Ministerio de Sanidad y Consumo! Yo le insto a que haga lo que hacen los otros ministerios, y es remitir a los portavoces la documentación elemental que nos permita realizar nuestro trabajo, cuanto más la documentación explícita y de viva voz que en la Comisión, a través de preguntas parlamentarias, se les reclama.

En definitiva —y para terminar—, señora Ministra, no dudo, como decía, de sus principios políticos. Sin embargo, no tengo más remedio que decir que, en opinión de mi Grupo Parlamentario, en la práctica del Ministerio de Sanidad y Consumo, han adoptado ustedes la lógica interna y los principios generales en la gestión del sistema sanitario público que está defendiendo la derecha política y económica, y que los resultados del Ministerio de Sanidad y Consumo se encaminan más hacia la adopción de medidas estructurales que permitan un cambio básico dentro del sistema sanitario público que a la deseable salud y potenciación del sistema sanitario público.

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

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señora Ministra, tomo la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista y me sumo a los anteriores portavoces parlamentarios en el agradecimiento por su comparecencia.

Señora Ministra, el Grupo Parlamentario Socialista no sólo apoya la gestión que usted ha realizado al frente del Ministerio de Sanidad durante el último año sino que la valora como muy positiva para la mejora y consolidación del sistema sanitario público, universal y gratuito, una de las señas de identidad y de las prioridades de los socialistas.

Creo sinceramente, señora Ministra, que pese a las acusaciones, muy concretas y conocidas, se la distingue por el talante dialogante y por la creencia y defensa del sistema sanitario público, que es el único que garantiza la igualdad de la salud de todos los ciudadanos.

Quiero referirme a algunos temas de su comparecencia. Nos parecen de vital importancia las actuaciones que se es-

tán desarrollando en materia de prevención y promoción de la salud. Impulsar la información y la educación sanitaria promoviendo hábitos saludables de vida y de compromiso con la propia salud es, sin duda, una inversión de futuro, sobre todo en términos de calidad de vida de las futuras generaciones.

Si para el Grupo Parlamentario Socialista la prevención y la promoción de la salud son importantes no lo es menos la atención sanitaria, es decir, la articulación del sistema para atender a los usuarios cuando se supone que éstos han perdido la salud. La pérdida de la salud y la búsqueda de su restablecimiento no cabe duda que sitúan a los individuos y a sus familiares en estados personales especiales. Por eso valoramos muy positivamente las medidas que anuncia para favorecer la relación personal con los usuarios, medidas que, sin duda, redundarán en la satisfacción personal de los beneficiarios del sistema.

Anuncia la señora Ministra la ampliación de la libre elección, además de la de médico general y pediatra ya vigente, con la de médicos especialistas. Nos parece, por supuesto, un objetivo al que destinar importantes esfuerzos.

En cuanto a la política de personal, nos parece que ha de buscarse el compromiso y la colaboración de los profesionales sanitarios y nos agrada saber que tanto el proyecto de ordenación de las profesiones sanitarias como el estatuto marco del personal del Sistema Nacional de Salud se encuentran en un estado de elaboración avanzado, aunque, como portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, quiero recordarles a los miembros de esta Comisión que ése es un punto programático del programa electoral socialista, de compromiso de legislatura. Esta portavoz entiende que ambos proyectos serán instrumentos importantes para comprometer a los profesionales sanitarios con el sistema.

Otro tema sobre el que quiero hablar es sobre la ordenación de las prestaciones. Señora Ministra, hace un año comparecía usted por primera vez en esta Comisión y lo hacía en medio de una polémica nada positiva para el Sistema Nacional de Salud. Algunas voces querían ver un recorte, algún portavoz hizo acusaciones que, más que lesionar a la señora Ministra, eran inquietantes e intranquilizantes para los usuarios del sistema. Hoy, más que hablarse de recortes, quiere hablarse de los posibles despistes que podría suponer esa reorganización de prestaciones para el usuario.

Creo que por responsabilidad con los ciudadanos tendríamos que afirmar con la misma contundencia que ya el proyecto de real-decreto al que se ha referido la señora Ministra no modifica en ningún modo la calidad de las prestaciones. Lo que hace es clarificar el sistema y, como siempre ha afirmado la señora Ministra, informa sobre cuál es el conjunto de las prestaciones que hacen efectivo el derecho a la prestación de la salud.

Por otra parte, en tanto que el proceso ha sido laborioso y precisamente en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, es obvio el compromiso de las distintas administraciones sanitarias en el referido proyecto de real-decreto. Entiende esta portavoz que, de alguna forma, eso debería implicar también un compromiso de las distintas fuerzas políticas.

No quiero finalizar mi intervención, señora Ministra, sin hacer al menos una breve referencia a la política farmacéutica. Sabemos que uno de los grandes objetivos de esta política fue, y es, la contención del gasto farmacéutico. Como ha indicado su señoría en la comparecencia, el control del gasto farmacéutico no persigue otro objetivo que salvaguardar la propia prestación.

Sinceramente creemos que el talante dialogante al que me he referido al principio de mi intervención, así como el comportamiento ejemplar y de corresponsabilidad de la industria farmacéutica y de los propios farmacéuticos, ha permitido llegar a acuerdos muy importantes de clara repercusión positiva precisamente para ese control del gasto farmacéutico.

Igualmente nos parecen importantes las medidas de gestión y de uso racional del medicamento que usted ha anunciado.

Señora Ministra, al Grupo Parlamentario Socialista nos preocupa también que tengamos una de las frecuencias más altas de enfermedad del sida. Esto ha de forzarnos a ser cada día más vigilantes y a dedicar cada día mayores esfuerzos a la información y formación, especialmente a las personas de riesgo, y nos parece acertado buscar mecanismos que nos permitan llegar a los jóvenes en su propio medio, como son los centros universitarios o los centros de formación profesional.

A juicio de esta portavoz también es importante que para aquellas personas que sufren la enfermedad se intente normalizar, en la medida de lo posible, la atención sanitaria que se les presta.

Ya para finalizar, señora Ministra, quiero indicarle y animarle, sobre todo, a que siga haciendo pedagogía sobre el uso responsable de los recursos sanitarios.

Es importante que asumamos que el sistema sanitario público lo pagamos todos y que, por tanto, debe ser utilizado responsablemente por los ciudadanos.

Cuente con la colaboración y el apoyo del Grupo Parlamentario Socialista en la tarea de preservar y consolidar el sistema público de salud.

La señora **PRESIDENTA:** Para responder a las intervenciones de los distintos portavoces tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, voy a tratar de contestar a los muchos asuntos que se han suscitado en las intervenciones de SS. SS., agradeciendo, en primer lugar, a todos y cada uno de los intervinientes sus comentarios, sus reflexiones y el seguimiento amable que han hecho de mi exposición.

En primer lugar, al portavoz del Grupo Popular, al que he vuelto a reconocer en sus intervenciones (después de las vacaciones descansa, pero no modifica casi nada). Señor Fernández-Miranda, la referencia a la política sanitaria socialista que he hecho se refiere a que S. S. conoce que cuando hablamos de cosas serias las banalizaciones a mí me ofenden; lo digo siempre. Hablar de la política sanitaria socialista es, como comprenderá S. S., lo que más me interesa a mí, que le estoy dedicando lo mejor que sé y lo

mejor de mi tiempo y de mi entusiasmo. Pero vincular una referencia a la política sanitaria socialista a alguna insinuación insidiosa, de las que S. S. es un maestro, naturalmente tengo que rechazarlo. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Ya estamos!)**

Yo sabía que no le interesaba a S. S. conocer las razones de verdad de la reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, que yo he tratado de explicarlas en serio. He explicado que las estructuras administrativas son un instrumento, pero todo esto no le interesa a su señoría. A S. S. lo que le interesa es el chisme o la insidia. Pero la verdad es que mi buena fe siempre se ve sorprendida. Vincular los asuntos que se publican en Toledo de un hospital, que tiene denuncias por alguna irregularidad, con la sustitución del Subsecretario del Ministerio, y concretamente al doctor Conde, es una insinuación que yo rechazo y que me parece injusta e injuriosa. Tengo que decirle, señor Fernández-Miranda, que el problema de Toledo está en los periódicos, que yo sepa, desde que el doctor Conde era Director General del Insalud, y fue él, como Director General de Insalud, quien ordenó una inspección en los servicios del hospital. Desde entonces se han venido realizando auditorías e inspecciones, y ese asunto, como bien demuestran las hemerotecas, ha estado en los periódicos y estaba cuando yo propuse al doctor Conde como Subsecretario. De manera que rechazo esa vinculación que S. S. insinúa entre la sustitución del doctor Conde y esos asuntos que se han publicado en Toledo respecto a unas irregularidades denunciadas en el funcionamiento del hospital.

Vuelvo a rechazar también esa pregunta de hondo alcance, que S. S. aprovecha para repetir, de si los fondos públicos se destinan en su integridad a la salud de los españoles. Sí, señor Fernández-Miranda. En la forma en que lo pregunta yo le contesto que sí.

De manera que yo creo, señoría, que sí he explicado las razones, no formales sino profundas, de la modificación de la estructura del Ministerio, de la decisión de una mejor coordinación, de un mayor protagonismo en las direcciones generales, de un objetivo de ahorro de gasto público. Parece que su Grupo está preocupado con el ahorro del gasto público. Por cierto, señoría, habrá visto que la supresión de tres direcciones generales y dos secretarías generales con rango de subsecretaría no ahorra más que cien millones. O sea, que para conseguir esos miles de millones que su Grupo va a ahorrarse en cargos públicos, fíjense la cantidad de supresiones y de ceses que van a tener que hacer. **(Rumores y risas.)**

De manera, señoría, que yo creo que sí he ido al fondo de las razones del Ministerio. Las modificaciones del Ministerio, naturalmente, se pueden compartir o no, y además me interesa la percepción, cómo no, de esta Comisión sobre el espíritu que ha guiado esa remodelación, pero tengo que rechazar, señor Diputado, esas insinuaciones y ese pábullo a esto del cotilleo sanitario que, efectivamente, da lugar a la publicación de muchas hojas parroquiales —como las ha llamado S. S.— que nos inundan y que, le confieso, yo no tengo tiempo de leer.

Por otro lado, una vez más compruebo que S. S. contesta mis intervenciones teniéndolo preparado y sin haber

escuchado. No he hecho ni una sola referencia a la historia del sistema nacional de salud. Soy muy sensible a sus insinuaciones de que soy pesada, a las insinuaciones de los señores Diputados, y esta vez no he hablado de la historia del Sistema Nacional de Salud; ni una palabra hay en mi intervención en este sentido. Tampoco he dado ni un solo indicador de mortalidad infantil ni de esperanza de vida. De manera que esta referencia inicial, señor Diputado, evidencia que ni me ha escuchado y que su intervención la había pensado con anterioridad. La sanidad es una prioridad política del Gobierno, señor Diputado; es una prioridad en esta legislatura. Yo creo que está siendo suficientemente avalada en todas sus iniciativas, pero además tiene una traducción que yo creo que S. S. entiende muy bien: las prioridades políticas de un Gobierno tienen una traducción muy elocuente, que son los Presupuestos Generales del Estado, y yo espero que el Presupuesto del Estado para el año 1995 sea suficientemente elocuente de qué representa en el Gobierno socialista la prioridad de la política sanitaria.

Cuando yo anuncié el año pasado —hace esos días que S. S. amablemente ha contado— la presentación en esta legislatura de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias y del estatuto marco lo hice como objetivo de una legislatura. Reconozco que en un año no soy capaz de añadir al trabajo que hemos realizado, y del que he tratado de dar cuenta, la elaboración de dos proyectos de ley de esa envergadura. Mi objetivo y mi ambición es resolver o tratar de resolver de verdad los problemas que he enunciado en el contenido de ambos textos. Le aseguro que me parece un objetivo ambicioso para toda la legislatura, aunque es verdad que no lo tengo terminado; es verdad que durante este año no estoy en condiciones de mandar el anteproyecto de ley a ningún sitio. Pero ello no le puedo anunciar que lo voy a hacer la semana próxima porque no está terminado.

Es verdad, señor Diputado, que estamos trabajando. Verdaderamente no me siento ofendida porque me repita ese término; estamos trabajando en el Ministerio de Sanidad en las iniciativas que he tratado de exponerles y en las nuevas que representan objetivos y, cuando SS. SS. me piden cuentas, es verdad que, a veces, contesto que estamos trabajando porque no suelo decir cosas distintas de las que estamos haciendo. Podemos trabajar con peor o mejor fortuna, pero le aseguro que estamos trabajando.

Su señoría me pregunta por la responsabilidad civil y por el seminario que se va a celebrar, efectivamente, en noviembre. Si lo había anunciado para septiembre he de decir que en todo caso no ha dependido sólo de mi voluntad sino también de la del Consejo del Poder Judicial, que es el 50 por ciento de ese seminario. Su señoría se refiere a un ámbito de conciliación prejudicial para el tema de la responsabilidad civil. Hemos estudiado esa iniciativa en el Ministerio y nos parece que el ámbito del arbitraje, que es lo que se ha pedido desde distintas ópticas, no es el adecuado para resolver problemas que afectan a derechos no disponibles. La responsabilidad, que puede ser penal, como S. S. conoce, no es un ámbito que esté en la capacidad de disposición; la responsabilidad civil se puede derivar de una condena de responsabilidad penal, no sólo en el

ámbito civil. Por tanto, desde un punto de vista jurídico, nos parece que no es el ámbito adecuado el arbitraje. En todo caso quiero decir a SS. SS. que el problema de la responsabilidad civil, que es un problema del que hemos venido hablando durante todo el año, no sólo lo hemos abordado desde la óptica de dar una cobertura a través de un seguro sino que también hemos estudiado, desde el punto de vista normativo, cuál era el tratamiento del Código Penal en los temas de responsabilidad civil y cuáles eran las posibilidades que la nueva Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas ofrece para la reclamación de los ciudadanos. Como ustedes conocen, esa ley permite que la Administración transe cuando se produce una reclamación y, desde esa perspectiva, hemos estudiado si era imprescindible establecer un mecanismo intermedio cuando ya se reconoce que el ciudadano puede reclamar a la Administración, llegar a un acuerdo de indemnización y ver satisfecha su pretensión. Todo esto nos ha ocupado este año porque nos parece que el problema de la responsabilidad civil es un asunto importante. En todo caso hemos concluido que para el año 1995 estará cubierta la responsabilidad civil.

Voy a decir cuanto antes que es verdad mi omisión al plan integrado de salud, al que no he aludido porque no tengo fecha para su presentación puesto que no lo hemos terminado todavía. Mi anuncio de que iba a estar a finales de este año se retrasa porque no estamos en condiciones de remitirlo al Consejo Interterritorial. Esa es la razón por la que no lo he mencionado en lo que ha tratado de ser dar cuenta de lo que se ha hecho y anunciar iniciativas nuevas. Reconozco que llevamos retraso con respecto a mi anuncio del año pasado y reconozco también la importancia del plan integrado de salud, como no podía ser de otra manera, lo cual no quiere decir, señora Maestro, que la inexistencia del plan integrado, que no se ha hecho en muchos años, descalifique cualquier otra actuación del sistema.

Voy a seguir contestando al señor Fernández-Miranda, al que me quedan algunas cosas por responder.

Los proyectos a que S. S. ha hecho referencia que anuncié el año pasado, como pueden ser los instrumentos de mejora de la gestión, no los he mencionado hoy porque sí están implantándose con carácter general en los centros del Insalud y formaron parte del plan de modernización de las administraciones públicas, pero con mucho gusto le facilitaré el grado de implantación, el consentimiento informado y la asignación de médico especialista.

Y llegamos a las listas de espera. Señor Fernández-Miranda, no juegue S. S. con las listas de espera y no haga chistes sobre ello porque le aseguro que no tienen gracia. La mejora de los sistemas de contabilidad de los pacientes en listas de espera me parece que es una mejora, porque no es lo mismo saber que tiene uno que afrontar una lista de 100 que una de 50; no es lo mismo, créame. De manera que, si hemos detectado que la confección de la lista presentaba fallos, como hemos explicado con toda claridad, ya que había personas inscritas en más de una, que había personas inscritas cuando estaba programada su intervención en más de quince, lo hemos demostrado y tenemos los

datos para demostrarlo, mejorar los procedimientos de inclusión en lista de espera creo que es un avance.

Después, es un avance que tengamos la previsión de disminuir en un 54 por ciento la espera de más de seis meses con los programas de este año. Es verdad que me estoy refiriendo a la lista de espera quirúrgica, en la que tenemos verdadera preocupación por acabar con la lista de espera de seis meses para poder abordar un objetivo de más reducción. Además, nos proponemos hacerlo distinguiendo también por enfermedades, porque nos parece que no es lo mismo estar en lista de espera para una catarata que para una operación de varices; no es lo mismo para la persona que está en espera, y nos proponemos asumir compromisos que pueden ser diferentes en razón de la enfermedad que tiene al paciente en lista de espera.

También es verdad que hay pacientes en lista de espera de diagnóstico, señor Fernández-Miranda. No esos 50.000, como S. S. dice, con esa facilidad que tiene para las grandes cifras, pero sí tenemos pacientes en lista de espera para ser diagnosticados, y nos parece que ése es un problema de organización deficiente de la circulación en los servicios y estamos trabajando seriamente para conseguir mejorar eso.

En la deuda, señor Diputado, yo creo que hemos avanzado porque de los billones en los que nos movíamos, ahora S. S. me habla de doce mil, de ocho mil, de tres mil; esto ya es más manejable. Las cifras que S. S. me pone encima de la mesa hoy son cifras que ya sí me suenan; la que no reconozco es la del billón.

Como S. S. sabe, hasta el año 91 la deuda está pagada. En el 92 y en el 93 hay una deuda reconocida, y estamos formalizando con Hacienda la forma de pago, de 290.000 millones, señoría. Esa es la cifra que yo tengo, que sale por extrapolación de la cifra del Insalud, que ha sido admitida por el resto de comunidades autónomas y que es la que se corresponde a lo que S. S. se empeña en decir que es un billón. Son 290.000 millones que se van a pagar, que ya están reconocidos por Hacienda y que se van a pagar en tres años, según la previsión que estamos haciendo en los cierres con el Ministerio de Economía y Hacienda.

Son 290.000 millones, señor Fernández-Miranda.

Es verdad que el Insalud se ha marcado como objetivo pagar a 90 días, y a mí me parece un objetivo muy importante. He dicho y repito que me parece que la Administración no debe ser morosa, que la cultura de que la Administración pueda retrasarse en los pagos es mala y que no es un objetivo que me proponga yo sola sino que compartimos en el Gobierno.

Hemos conseguido, señor Fernández-Miranda, en el año 1994 un plazo medio de facturación en el Insalud de 90 días, lo cual automáticamente no se traduce en el pago a 90 días, porque el pago, como S. S. conoce, lo hace la Tesorería de la Seguridad Social, pero estoy en condiciones de demostrarle que la facturación en el Insalud se está haciendo a 90 días, lo cual supone un avance importante porque es un objetivo prioritario que los proveedores puedan cobrar en tiempos razonables y no en los plazos que se han llegado a alcanzar, en algunos casos absolutamente insostenibles.

El sistema no está en crisis financiera, señor Fernández-Miranda, el sistema ha estado dotado insuficientemente desde el punto de vista presupuestario. No se han hecho presupuestos reales, se ha dotado con presupuestos iniciales por debajo del gasto efectivo, y eso ha colocado en dificultades financieras a todas las Administraciones sanitarias, bien es verdad que a unas más que a otras, y ahí tienen que ver también las diferencias de todo tipo. Pero no está en crisis el sistema. Tiene dificultades creadas por el transcurso de los años, por la adaptación de la población al gasto efectivo con el que se transfirió, por muchos factores de diversa índole que los responsables sanitarios conocemos bien.

Por cierto que sobre la referencia que S. S. hace a Galicia, en la que yo he dicho públicamente que está atravesando por dificultades, porque está dotada insuficientemente, S. S. ha hecho el comentario que ha hecho y yo tengo que contestarle que la transferencia de la Sanidad gallega se negoció por el Gobierno del señor Fraga, que los términos de la transferencia los fijó el Conselleiro de Sanidad y que, por tanto (**El señor Fernández-Miranda y Lozana y el señor Burgos Gallego conversan entre sí.**) fue el Gobierno del señor Fraga.

La señora **PRESIDENTA**: Les ruego, por favor, no crucen opiniones.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): En todo caso, pida responsabilidad al Gobierno de Galicia, que es de su partido, sobre en qué términos cerró esa transferencia a Galicia. Como los gallegos son españoles, aunque voten al PP también, naturalmente están incluidos en la propuesta de reforma del sistema de financiación porque la equidad del sistema no plantea ninguna exclusión como S. S. ha hecho. (**Rumores.**) A mí sí me preocupa la situación financiera de la sanidad en Galicia.

Señoría, las auditorías que me ha pedido desde el año 1986, creo recordar que han requerido una consulta porque a partir de una fecha las cuentas están cerradas y no se dispone de toda la documentación; de manera que puede ser ésa la causa del retraso. En todo caso, me disculpo por el retraso y aclararé a S. S. si ésa es la causa o no, como me disculpo por los datos que me pide que no le he enviado sobre listas de donantes y que revisaré. En todo caso, le ruego me disculpe porque son datos que recuerdo perfectamente quedé en enviarle.

He tratado de dar datos actualizados, los pocos indicadores que he dado, que tratan de estar vinculados a los objetivos de salud que nos hemos planteado, se refieren al año 1993, pero las actuaciones de las que he dado cuenta son todas del año 1994, o sea, que ese eslogan del paréntesis del Gobierno en el año 1994 no sé en qué se fundamenta y cómo se deriva de mi intervención. Todo lo que he dicho del sida se ha hecho en 1994; todos los proyectos de salud pública son de 1994; los 200 centros; en fin no sé a qué responde el comentario de S. S. sobre 1994, porque lo que he contado aquí se está haciendo en el año 1994.

La Comunidad Autónoma de Canarias no ha reclamado ninguna deuda, señor Diputado. La Comunidad Autónoma de Canarias ha manifestado su conformidad con los términos en los que se ha hecho la transferencia y a la hora de revisar los principios que he expuesto aquí no me ha transmitido ninguna reclamación, de manera que no sé a qué se refiere.

Nuevamente, ¡cómo no!, vuelvo a oírle hablar de recortes, de desmantelamiento de la sanidad, de que haga un buen libro y nuevamente le veo sonreírse cuando habla de salud para todos. ¿De verdad le parece que lo de la salud para todos es un eslogan, es una broma? **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Señora Presidenta, ¿le contesto? Me lo ha preguntado.)** Forma parte de la pasión con la que hablo.

¿De verdad la expresión «salud para todos» mueve a risa a alguien? Me parece que no suscita ninguna risa. Salud para todos es una cosa muy seria. No para unos sí y para otros no, para los que la pueden pagar; es salud para todos. O sea que S. S. siempre que se refiere a ese objetivo de la Organización Mundial de la Salud se sonríe.

Tengo que decirle, señor Diputado, que ha pasado un año, que S. S. se ha pasado el año hablando de recortes, de desmantelamiento, de quiebra, de mala gestión, de catástrofe y yo llevo un año repitiendo casi las mismas cosas, dando cuenta de cómo avanzamos. No cambio sus afirmaciones de un año por las mías; no le cambio las explicaciones que debería dar S. S. de por qué lleva un año hablando de recortes cuando no hay un solo recorte en la política sanitaria; no le cambio explicar la coherencia de esas afirmaciones que con tanta solemnidad a veces proclama. Prefiero explicar lo que vengo diciendo desde hace un año que tratar de entender lo que S. S. lleva diciendo un año.

Al señor Gatzagaetxebarría quiero agradecerle sus comentarios, algunos especialmente. Efectivamente, creo que en la política de consumo se ha hecho un esfuerzo mayor de coordinación, que las juntas de arbitraje están haciendo una gran labor. De la multipropiedad puedo decirle que se aprobó, como sabe S. S., en el consejo de consumo quedó pendiente de revisar su redacción, con lo cual volvió al siguiente consejo como punto A, de manera que se aprobó unos días después. Es a iniciativa del Ministerio de Justicia, de manera que revisaré en los calendarios legislativos de Justicia en qué momento está en el gran programa legislativo que tiene el Ministerio de Justicia e informaré a S. S.

Comparto con S. S. que las medidas de farmacia han tenido poco relieve, pero es que estamos en tiempos en que a veces se niega el pan y la sal. Es verdad que las medidas de farmacia son importantes y, además, como ha dicho la portavoz del Grupo Socialista, la señora Novoa, han dado un ejemplo de corresponsabilidad de un sector que no tiene precedentes en la industria farmacéutica ni en otros sectores. El que ante un momento de crisis económica la industria adopte una decisión de este tipo me parece que es un indicador de una nueva cultura económica que, desde luego, no tenía precedente ni ha sido secundada, que yo sepa. Por eso comparto su apreciación de que ha sido poco valorado el alcance y la trascendencia de estas decisiones.

Estamos de acuerdo en que hay que seguir descentralizando la gestión y, sobre todo, le agradezco expresamente que haga una manifestación diciendo que las mejoras en el sistema son evidentes con independencia de cuál sea el grupo político que se las apunte o se las deje de apuntar. Me parece que ésa es una afirmación que es bueno oír en esta Cámara visto lo visto.

También le agradezco diga que no ve disminución en el catálogo de prestaciones. Es difícil ver disminución de ninguna prestación en dicho catálogo. A este punto volveré dentro de un momento.

Que los créditos no sean ampliables es la contrapartida razonable a que el presupuesto sea real y, por tanto, no es que sea un objetivo que yo me plantee que el crédito no sea ampliable; quien va a tener que defender, si llega el caso, un crédito extraordinario mediante una ley va a ser el Ministro de Sanidad. De manera que no es que sea un objetivo, pero es la contrapartida «sine qua non» para que el presupuesto sanitario refleje el gasto real.

También creo que debemos ponernos de acuerdo sobre las bases en cuanto a cómo queremos la relación con nuestro personal, qué tipo de personal queremos y, efectivamente, eso constituye —y si S. S. recuerda, así lo he dicho— las bases sobre las que estamos trabajando y que son el contenido de esas leyes que he anunciado.

La responsabilidad civil de los profesionales es para todos los profesionales. Lo que ocurre es que afecta fundamentalmente a los médicos; a quienes se piden indemnizaciones millonarias con más frecuencia es a los médicos, pero es para todos los profesionales.

También le agradezco mucho la referencia a la percepción de una mejora en el plan del sida. Hemos trabajado mucho este año en el plan del sida. El nuevo Secretario General del Plan Nacional del sida ha hecho un trabajo serio, y que se aprecie y reconozca se lo agradezco especialmente.

Señor Cardona, también le agradezco su intervención. No sólo aspiramos a mantener las cotas de sanidad, aspiramos a mejorarlas. En este camino lento y no muy fácil no vamos a renunciar a ningún objetivo ambicioso en la sanidad.

La suficiencia financiera es el primer punto de lo que yo he expuesto aquí respecto a cuáles serían los elementos para la reforma del sistema de financiación y, naturalmente, la suficiencia financiera de verdad, la que responde al gasto real. El reconocimiento de la deuda es evidente, no se puede reformar el sistema si en el sistema financiero no hacemos un saneamiento de la deuda pasada.

Respecto a los desplazados le quiero comentar en dos minutos mi preocupación sobre el sistema de compensación por asistencia a desplazados. Es verdad que está en la Ley de Sanidad y que debemos seguir trabajando en encontrar esos indicadores, que pueden ser los que ha apuntado la señora Maestro, demográficos, sociales, pero no me parece que estemos en condiciones o que sea bueno para el sistema instalar ya un mecanismo de compensación de asistencia a desplazados. Me parece que produce inequidades, me parece que tenemos dificultades para su implantación con carácter general en todo el sistema. No es lo

mismo la asistencia hospitalaria que la primaria, que afecta a otras comunidades autónomas; tenemos que valorar la inversión que históricamente se ha hecho en unos hospitales precisamente porque eran referencia para otros y, por tanto, a mi juicio tenemos que seguir trabajando en perfilar un sistema que trate de evitar desigualdades, que trate de preservar la equidad del sistema, y esa compensación, que de alguna manera tenemos que establecer para matizar dicha asistencia sólo sobre el criterio de la población protegida no se convierta en un instrumento que ahonde desigualdades y que se vuelva en contra del principio, fundamental a mi juicio, de preservar la equidad en el sistema.

Tengo que compartir, señor Cardona, su queja por las imputaciones falsas, demagógicas e injustas que se han hecho en relación con determinadas negociaciones de grupos políticos y vinculándolas a la sanidad. A mí me parecen especialmente injustas vinculadas a la sanidad. Por la parte que conozco, tengo que ratificar lo que S. S. ha dicho y decir que no hay ninguna reclamación insolidaria, sino que las pretensiones que ha defendido su grupo en relación al presupuesto sanitario en todo momento se han hecho planteadas para el conjunto del sistema. Por tanto, comparto su sentimiento ante lo que efectivamente han sido imputaciones apresuradas, falsas, demagógicas e injustas.

En cuanto a la publicidad del tabaco y de las bebidas alcohólicas, tenemos ya elaborados los decretos y espero que se puedan promulgar en el primer semestre de 1995.

Sobre el ahorro del gasto farmacéutico, los datos que le puedo dar es que, frente al 12 por ciento de crecimiento en el mismo período, primer semestre de 1993, el primer semestre de 1994 está creciendo el 4,29 y el número de recetas ha disminuido el 7 por ciento. Esta es la evolución del gasto farmacéutico en el primer semestre de este año.

Respecto al calendario de las dos leyes he contestado. Me he excusado ya por el retraso en el plan integrado de salud. Estamos trabajando en la elaboración del decreto de residuos, que también espero entre en el calendario del primer semestre del año que viene. Creo que no me dejo nada más.

Señora Maestro, sobre el plan de salud ya he dicho lo que quería decir, pero me parece que dar a la inexistencia del plan de salud las consecuencias que S. S. le ha dado, es decir, descalificación, que no sabemos si lo que hacemos sirve para algo, que no tenemos la más mínima forma de contrastar que esto funcione, si me lo permite, señoría, me parece una exageración. Sí tenemos algún dato, tenemos la encuesta nacional de salud, del año 1993, en la que estamos trabajando seriamente, y también tenemos algún indicador que nos permite relacionar toda esa actividad y toda esa atención con el nivel de salud de la población. Tenemos datos de qué ha pasado en Andalucía, de qué ha pasado con las enfermedades respecto a las que se ha conseguido la extensión de la vacunación en Extremadura; sí tenemos algún indicador. Estimo que el plan integrado de salud es un objetivo que hay que cumplir y cuanto antes, pero no creo que sirva para descalificar lo que estamos haciendo.

También me sorprende que vincule S. S. la existencia de un cargo orgánico en un ministerio a la eficacia en la

política de salud. Yo he dicho que uno de los objetivos de la reestructuración era dar el protagonismo que creo tienen las direcciones generales del ministerio. La Dirección General de Salud Pública tiene un enorme protagonismo, la Dirección General de Farmacia tiene un enorme contenido, y me parece que era bueno recobrar ese protagonismo. En todo caso, no creo que la supresión de las secretarías generales —por cierto, una no se había cubierto nunca desde que yo soy ministra— haya redundado en una disminución de los objetivos y de las definiciones de salud pública.

La financiación por los presupuestos, señora Maestro, es un viejo debate y ahora reciente, pero no tan reciente como las últimas declaraciones que a S. S. le preocupan. La Ponencia sobre la reforma del Sistema de Seguridad Social está trabajando en el Congreso de los Diputados y, cuando yo comparecí en ella antes del verano, ya era un asunto absolutamente manejado por todos los grupos políticos como objeto de estudio a la hora de hablar del futuro de la Seguridad Social. De manera que la opción de financiación por impuestos no es un asunto que ponga encima de la mesa, afortunadamente, el Presidente de la entidad patronal que S. S. ha citado, sino que está en el debate cada vez que se habla de la Seguridad Social.

La sanidad hoy está financiada en el 73 por ciento. Con este aumento que propugna el Ministro de Trabajo para compensar las disminuciones, estaríamos en el 75. Sea como fuere, estamos muy cerca de ese horizonte. No me parece que una u otra financiación pueda condicionar el carácter universal, gratuito, solidario, que tiene el sistema; desde luego, así lo espero.

Se hacen muchas declaraciones hablando de sanidad, que es un asunto muy importante, que importa a mucha gente y mucha gente habla de sanidad, pero yo no he dicho nada de eso. Por tanto, me gustaría tranquilizarle respecto a ese tema. Sobre lo que diga el gerente de un hospital del Insalud (me parece que a este gerente no le designa el Insalud, pero aunque lo designara), o las opiniones vertidas en el número infinito de seminarios, conferencias, cursos que en el ámbito sanitario tienen lugar, comprenderá S. S. que no tengo que compartir ni respaldar necesariamente todas las opiniones científicas y profesionales de todas las personas que trabajan en el sistema.

Eso que lee en el documento de convergencia, señora Maestro, fundamenta su preocupación, pero debería leer lo que se refiere a sanidad y encontraría una cosa que a S. S. le gusta mucho, que es la atención integral de la salud como objetivo. Es decir, el documento de convergencia recoge como objetivo en política sanitaria el concepto más amplio y ambicioso que podía recoger y además reconoce que ya se han adoptado medidas de contención. Por tanto, en este documento el horizonte no puede ser más esperanzador, entre otras cosas porque se habla mucho de reducciones, de déficit y cambio de la sanidad; a mí me parece que es satisfactorio lo que contiene el documento y me gustaría que así lo valorara.

La oferta de empleo público restrictiva del 50 por ciento que está en el documento, ha sido matizada por el pacto con los sindicatos, recientemente firmado, de ma-

nera que me parece que ya no está vigente, ni siquiera con carácter general, para los funcionarios públicos.

En los criterios objetivos para el reparto de las comunidades autónomas y su participación en la financiación de la sanidad no puedo estar más de acuerdo y en esa línea estamos trabajando. A lo largo de todo este año hemos trabajado para encontrar esos puntos de acuerdo. En desarrollo de la ley, el criterio de población protegida parece que es el comúnmente aceptado, pero es verdad que el término población protegida debe ser matizado por algún concepto que no haga inequitativo el reparto, habida cuenta del movimiento de desplazados.

También es verdad, como acabo de explicar, que la compensación de desplazados sin más puede crear en el sistema elementos de desigualdad y, por tanto, estamos trabajando en encontrar esos indicadores que maticen el criterio de población protegida y que, de verdad, sitúen a todas las comunidades autónomas en igualdad de condiciones a la hora de participar en la financiación; de manera que estoy de acuerdo.

Preguntaré por el Servicio de quimioterapia del Doce de Octubre, señora Maestro, que no sé por qué está en las condiciones que S. S. denuncia.

La reducción de servicios en verano se hace con criterios de necesidades, de manera que, por ejemplo, hemos reforzado servicios sanitarios en zonas del interior que reciben a personas de esa población que vuelven por vacaciones a su lugar de origen y que, en teoría, no son sitios turísticos. De manera que el criterio ha sido la necesidad. Si hay zonas costeras que reciben turismo en las que han dejado de funcionar los servicios, lo siento, pero no es ése el criterio con el que se ha hecho la planificación y desde luego se ha reducido porque no hemos hecho contrataciones con carácter general de personal suficiente.

En cuanto a la campaña, señora Maestro, me ha entendido mal. Le he hablado de una sola campaña. No se puede reprochar al Ministerio de Sanidad despilfarro en campañas porque verdaderamente no tenemos dinero para hacer campañas y no hemos hecho campañas. La única que he anunciado ha sido la del sida en colaboración con Educación y Asuntos Sociales y para el tabaco y el alcohol lo que vamos a hacer es trabajar nosotros en esas normas que limiten la publicidad, de manera que es justo lo que S. S. plantea.

Estamos estudiando la inclusión del centro clínico Carlos III en el Insalud, como se está diciendo, porque es cierto y porque parece que es el futuro lógico de esa institución.

La ley de salud laboral ya ha sido anunciado por el Ministro de Trabajo que va a presentarla al Parlamento y ahí hemos hecho un trabajo con trabajo —valga la redundancia, discúlpeme— para plantear el desarrollo que a S. S. le preocupa. Espero que el texto que salga y sea presentado recoja su preocupación.

En relación a las transferencias sanitarias, señora Maestro, hay un pacto autonómico que está vigente, aprobado por una ley, que establece un horizonte y ahí no se contemplan transferencias sanitarias, de manera que tenemos

que ver hasta cuándo va a estar vigente ese pacto y qué va a pasar con él.

El horizonte con que trabajamos en el ministerio es el de la transferencia. Yo no pierdo nunca de vista que el Insalud acabará transferido en su totalidad, porque es el horizonte y, entre otras cosas, por eso hay que trabajar también en resolver este sistema de financiación que permita que las comunidades que todavía no han recibido las transferencias las reciban sin que ello constituya una carga financiera difícilmente asumible.

Vuelvo a disculparme por la documentación que le falte, señora Maestro, y procuraré organizar mejor esto porque lamento mucho que me reclamen papeles que ya deberían tener.

Respecto al catálogo de prestaciones, tengo que expresar a S. S. sabe que es una iniciativa en la que hemos puesto no poco trabajo y mucho entusiasmo. Me parece injusta esa apreciación que dice que no se van a generalizar prestaciones por el hecho de estar recogidas en una norma. Yo creo que sí. Sinceramente, creo que sí, entre otras cosas porque no basta con que estén escritas aquí y, si me lo permiten, voy a anunciar alguna para dar idea de que esto sí va a ampliar prestaciones. Yo he hablado de cómo estamos organizando los servicios, cómo funciona el contrato-programa, cómo se incluyen por objetivos y también he explicado, cuando he hablado del catálogo, que va a mejorar la organización de los servicios, porque, naturalmente, esto va a formar parte de la cartera de servicios que se va a entregar a los centros. Naturalmente que se va a incluir en el cumplimiento de objetivos.

Cuando se dice que la atención a la mujer se incluye en las prestaciones sanitarias públicas, la indicación médica y el seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos, incluyendo la educación para la salud y los controles sanitarios, naturalmente que se va a hacer un programa.

Cuando se dice actividades para el diagnóstico precoz del cáncer de mama y ginecológico, así como la detección de grupos de riesgo, naturalmente que se va a hacer con un programa.

Cuando se habla de la atención sanitaria a la menopausia y a sus complicaciones, sí se va a hacer mediante la inclusión en programas.

En la atención a la infancia, cuando se habla de las revisiones periódicas del niño sano, y según programas de salud establecidos, estamos sistematizando los chequeos y el seguimiento de los niños sanos. Desde luego, estaremos en mejores condiciones teniéndolo escrito los responsables de los centros, los ciudadanos que saben que les corresponde, los responsables políticos para saber cuál es nuestro compromiso; digo que estaremos en mejores condiciones que ahora porque, como decía el señor Diputado, cuando uno se pone malo acude al centro y ahí está un profesional que le atiende; pero en el ámbito de la prevención me parece que esta pedagogía que me pedían, es buena.

Cuando aquí se dice y se escribe en una norma que la atención sanitaria a domicilio a pacientes inmovilizados y a aquellos en situaciones terminales es una prestación sanitaria pública, tenemos que incluirlo en un programa y dar respuesta a este compromiso.

Lo mismo sucede con la salud bucodental; la sanidad de los niños, con la descripción que se hace; con los tratamientos de la infertilidad o el diagnóstico prenatal en grupos de riesgo. ¿Cómo no va a mejorar la situación actual? Su señoría me decía: no están generalizadas las prestaciones. Claro, por eso digo que el catálogo va a generalizar prestaciones que hoy no lo están, exactamente por eso.

También diagnóstico prenatal en grupos de riesgo mediante ultrasonido; la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en régimen de ambulatorio y de hospitalización, así como las psicoterapias individuales, de grupo o familiares. Por cierto, el resultado de estas definiciones proviene del consenso de las comisiones de especialistas con las que se ha trabajado durante este tiempo; de manera que si falta la psicología clínica será por criterios científico-técnicos, que en todo caso le aclararé.

Cuando se dice que está incluido el tratamiento de las ludopatías, el de los anoréxicos o los problemas del lenguaje, como la tartamudez, ¿cómo no va a significar una garantía que estas prestaciones se tienen que dar?

Señora Maestro, reconozco los fallos que pueda tener el funcionamiento del sistema; pero no me niegue la mayor que como no hay plan integrado de salud esto no sirve para nada, porque yo, sinceramente, pienso que sí sirve para mucho; que es un paso cualitativo importante en la consolidación del sistema sanitario público, en la consolidación de los derechos del usuario y que va a contribuir a su mejor funcionamiento. Por eso hablaba de que es un paso importante también para nuestra propia organización conocer cuál es nuestro compromiso.

La libre elección de especialista no es una cortina de humo, señora Maestro. La libre elección de médico general y pediatra está implantada. Ya sé que tiene sus dificultades. Muchos pacientes nos escriben diciendo que piden el cambio y no se les hace a la velocidad o con la agilidad que esperan, pero sí es una realidad y, desde luego, como está implantada ya nos permite que sea efectiva para todo el que quiera elegir médico general o pediatra mucho antes que si no lo estuviera, sin duda.

En el último trimestre de este año ya está funcionando la libre elección de ginecólogo, no con carácter generalizado, no está en todo el sistema, no hemos podido, pero le aseguro que el objetivo es ambicioso y es muy real: la libre elección de especialista en todo el ámbito del Insalud para el año 1995. Estamos trabajando duramente para que eso sea realidad, contando con que, naturalmente, nos costará implantar un sistema de elección que hasta ahora no existía, sin duda, y en el número importante de cambios de médico que se han producido, general y pediatra, ha habido casos en que hemos tenido reclamaciones, porque no lo hemos atendido adecuadamente, pero ha habido muchos cambios de médico general y pediatra, de personas que están, yo creo, mucho más cercanas a ese médico que tan importante es. De manera que lo que está mal, está mal, y lo que está bien y se hace con la intención de mejorar el funcionamiento del Sistema, yo creo que no debemos negarlo.

A la señora Novoa, a quien le deseo mucho éxito y muchas satisfacciones como portavoz de la Comisión, le agradezco su trabajo, agradezco la valoración que ha hecho de este año de trabajo, le agradezco el apoyo que siempre he sentido y la solidaridad del Grupo Socialista, como no podía ser de otra manera, porque, aunque al señor Fernández-Miranda siempre le preocupa esto, es obvio que pertenece a un Gobierno socialista, apoyado por un Grupo Socialista, y trabajo, con mi mayor entusiasmo, para desarrollar el programa del Partido Socialista. Como le gusta que se lo explique cada vez, con mucho gusto se lo explico. De manera que agradezco a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista sus comentarios; comparto su preocupación por el sida; ya he dicho antes que agradezco mucho la referencia a que se percibe una mejora en el plan del sida; yo creo que hemos hecho avances en este año, dentro de una política con los pies muy en la tierra, y sin hacer ningún folclore de un asunto tan serio, pero creo que hemos dado pasos en el mejor funcionamiento del plan y, sobre todo, agradezco el ánimo que me expresa y que tanto necesito.

Siento que esto se haya prolongado tanto, pero SS. SS. también han hablado mucho.

Muchas gracias por haberme escuchado. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ministra.

Señor Fernández-Miranda, ¿tiene la amabilidad de explicarme para qué solicita la palabra? Escuetamente, por favor.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, para que responda la señora Ministra a una pregunta formulada por mí que no me ha contestado, breve, sin duda ninguna, en el planteamiento y en la contestación, y para que explique una de las afirmaciones de su segundo turno.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, como sabe, en este trámite de comparecencias no ha lugar a un turno de réplica, pero sí excepcionalmente a la posibilidad de responder a alguna pregunta que no haya quedado suficientemente clara o que no se haya respondido. En cuanto a explicaciones de afirmaciones, eso correspondería a valoración de opiniones que reabrirían el debate.

Exclusivamente para formular alguna pregunta concreta que no haya quedado clara, tiene la palabra por dos minutos, por favor, señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, la explicación que yo someto a su consideración es si la señora Ministra rectifica o ratifica que los gallegos, aunque votan al Partido Popular, también son españoles, que nos ha parecido una expresión ofensiva, tanto para el Partido Popular como para los gallegos. (**Rumores**.) Por tanto, insisto en pedir esta explicación a la señora Ministra, para su rectificación o ratificación, y la pregunta, ambas cosas.

La señora **PRESIDENTA**: Formule la pregunta, puesto que lo primero ya lo ha expuesto. De acuerdo, señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: La pregunta es simplemente, porque no se lo he oído en sus contestaciones, si la señora Ministra piensa que la financiación de la sanidad pública debe ser por cuotas y fiscalidad, o solamente por fiscalidad, como opina el Ministro Griñán.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, señor Fernández-Miranda, nada más lejos de mi estilo, ni de mi intención, que agredir a ningún ciudadano español y, por tanto, cuando estábamos hablando de las condiciones en que se ha transferido la sanidad de que es una competencia transferida, y que la asistencia sanitaria se gestiona por los responsables políticos de la comunidad autónoma, he dicho que, no obstante eso

y estar bien claras las condiciones de la transferencia, aunque los responsables políticos sean del Partido Popular y hayan negociado la transferencia en las condiciones en que se haya hecho, los gallegos son españoles amparados en el Sistema Nacional de Salud, y mi obligación es velar por la equidad en el funcionamiento del Sistema. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Eso lo dice ahora.)** Eso es lo que he dicho. Le ruego que repase mis afirmaciones y, desde luego, no está ni en mi estilo ni en mi intención hacer ninguna afirmación de esa naturaleza, cuyo solo malentendido por su parte sí me ofende.

La segunda pregunta se refería a mi opinión sobre la financiación. Yo creo que la financiación, mayoritariamente presupuestaria, es coherente con la consideración del derecho a la protección de la salud como un derecho universal.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, finalizado el orden del día de la Comisión de Sanidad y Consumo, y agradeciéndole a la señora Ministra de Sanidad su comparecencia en esta Comisión, levantamos la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961