



BOLETIN OFICIAL
DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

VI LEGISLATURA

Serie D:
GENERAL

17 de noviembre de 1997

Núm. 205

ÍNDICE

Páginas

Composición y organización de la Cámara

PLENO

051/000002 Composición del Pleno 2

GRUPOS PARLAMENTARIOS

010/000008 Composición de los Grupos Parlamentarios 2

Control de la acción del Gobierno

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Agricultura, Ganadería y Pesca

161/000711 Pasa a tramitarse como Proposición no de Ley ante el Pleno la presentada por el Grupo
162/000175 Socialista del Congreso, relativa a la inclusión de la Organización Común de Mercado
(OCM) del aceite de oliva en la Agenda 2000..... 2

Comisión de Política Social y Empleo

161/000697 Aprobación, con modificaciones, de la Proposición no de Ley presentada por el Grupo
Parlamentario Popular en el Congreso, sobre colaboración voluntaria de las empresas en
el abono de la incapacidad temporal, así como enmienda formulada a la misma 2

Otros textos

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000003 Informe de la Subcomisión, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo,
para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio
de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el
Sistema Sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso, y
aprobación del citado Informe por la mencionada Comisión, así como votos particulares
presentados a ambos 3

COMPOSICIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CÁMARA

De conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES de los cambios habidos en la composición de la Cámara:

PLENO

051/000002

A) *Relación por orden alfabético de Señores Diputados que han adquirido la plena condición de Diputado.*

Baja:

CABALLERO ÁLVAREZ, Abel Ramón. 04-11-97

Alta:

SILVA REGO, María del Carmen 11-11-97

B) *Relación de Diputados que han presentado su credencial, por circunscripciones.*

Pontevedra

SILVA REGO, María del Carmen PSOE

C) *Relación de Diputados por orden de presentación de credenciales.*

Nombre: SILVA REGO, María del Carmen

Circunscripción: Pontevedra

Número: 377

Fecha: 11 de noviembre de 1997

Formación electoral: PSOE

GRUPOS PARLAMENTARIOS

010/000008

Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya (010/000001)

Nueva denominación: Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida

Bajas:

SAURA LAPORTA, Joan 28-10-97

RIVADULLA GRACIA, Mercé. 28-10-97

Número de miembros al 28 de octubre de 1997: 16

Grupo Parlamentario Mixto (010/000004)

Altas:

SAURA LAPORTA, Joan 28-10-97

RIVADULLA GRACIA, Mercé. 28-10-97

Número de miembros al 28 octubre de 1997: 10

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de noviembre de 1997.—El Presidente del Congreso de los Diputados, **Federico Trillo-Figueroa Martínez-Conde.**

CONTROL DE LA ACCIÓN DEL GOBIERNO

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Agricultura, Ganadería y Pesca

161/000711

162/000175

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia:

(161) Proposición no de Ley en Comisión.

AUTOR: Grupo Socialista del Congreso.

Solicitud de que su Proposición no de Ley relativa a la inclusión de la Organización Común de Mercado (OCM) del aceite de oliva en la Agenda 2000, sea debatida en el Pleno de la Cámara.

Acuerdo:

Aceptar la declaración de voluntad y considerando que solicita el debate de la iniciativa ante el Pleno, disponer su conocimiento por el Pleno de la Cámara, dando traslado al Gobierno y publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, así como notificarlo a la Comisión

de Agricultura, Ganadería y Pesca y al Grupo proponente (nuevo núm. expte. 162/000175).

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 11 de noviembre de 1997.—El Presidente del Congreso de los Diputados, **Federico Trillo-Figueroa Martínez-Conde.**

Nota: La iniciativa de referencia fue publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 202, de 11 de noviembre de 1997 con el núm. expte. 161/000071.

Comisión de Política Social y Empleo

161/000697

La Comisión de Política Social y Empleo en su sesión del día 11 de noviembre de 1997, ha acordado aprobar, con modificaciones, la Proposición no de Ley sobre colaboración voluntaria de las empresas en el abono de la incapacidad temporal (núm. expte. 161/000697), pre-

sentada por el Grupo Parlamentario Popular y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 192, de 21 de octubre de 1997, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que aplique en sus términos estrictos, lo establecido en el artículo 77.1.d) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, respecto de la colaboración voluntaria de las empresas en el pago directo de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, y, en su caso, desarrolle las normas que permitan sancionar a las empresas que, acogiendo a esta forma de colaboración, deriven el pago directo de estas prestaciones a otras entidades, cualquiera que sea su naturaleza y modalidad.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló 1 enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de noviembre de 1997.—El Presidente del Congreso de los Diputados, **Federico Trillo-Figueroa Martínez-Conde**.

A la Mesa de la Comisión de Política Social y Empleo

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, al amparo de

lo establecido en el artículo 194.2 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso en materia de colaboración voluntaria de las empresas en el abono de la incapacidad temporal (núm. expte. 161/000697), para su debate en Comisión.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de noviembre de 1997.—El Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, **Jesús Caldera Sánchez-Capitán**.

Enmienda

De sustitución.

Se propone la siguiente redacción:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que aplique, en sus términos estrictos, lo establecido en el artículo 77.1.d) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, respecto de la colaboración voluntaria de las empresas en el pago directo de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, impidiendo y, en su caso, sancionando a las empresas que, acogiendo a esta forma de colaboración, deriven el pago directo de estas prestaciones a otras entidades, cualquiera que sea su naturaleza y modalidad.»

OTROS TEXTOS

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000003

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, del Informe emitido por la Subcomisión para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso (núm. expte. 154/000003) y los votos particulares presentados al mismo, así como del texto aprobado por la Comisión de Sanidad y Consumo, con modificaciones, y de los votos particulares mantenidos al mismo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de noviembre de 1997.—El Presidente del Congreso de los Diputados, **Federico Trillo-Figueroa Martínez-Conde**.

INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA AVANZAR EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR UN MARCO FINANCIERO ESTABLE Y MODERNIZAR EL SISTEMA SANITARIO MANTENIENDO LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD EN EL ACCESO (154/000003)

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 11 de junio de 1996, acordó, con motivo de una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura.

Tras un amplio período de tiempo, en el que se han sucedido numerosas comparecencias y se han desarrollado, al hilo de las mismas, debates internos entre sus miembros, la Subcomisión ha acordado elevar al Pleno de la Cámara, para su debate y aprobación definitiva, las propuestas que a continuación se recogen.

Estas propuestas se articulan en torno a los cuatro grandes capítulos sobre los que se ha centrado el trabajo de la Subcomisión, esto es (I) aseguramiento y prestaciones, (II) financiación, (III) organización y gestión y (IV) coordinación territorial. Las propuestas, que adoptan la forma de trece recomendaciones generales, desarrolladas, a su vez, en una serie de medidas concretas, son las siguientes:

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias.
3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria.
4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.

II. FINANCIACION SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable.
6. Garantizar la suficiencia financiera y la equidad territorial.

III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema sanitario a las necesidades de salud.
8. Impulsar la autonomía de gestión.
9. Atender las preferencias de los usuarios.
10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.

IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial.
12. Promover la cooperación y la coordinación territorial.
13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.

El sistema sanitario público, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, es un importante elemento de justicia redistributiva y de cohesión social que se ha de consolidar atendiendo a los principios básicos de universalidad, equidad, solidaridad y aseguramiento público y único.

La Subcomisión manifiesta la necesidad de redefinir y consolidar el aseguramiento sanitario público como mecanismo de cobertura social frente al riesgo ordinario de los ciudadanos en relación con su salud, mediante la reforma legal adecuada, que permita:

a) Fijar los contenidos y el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo, y garantizar tanto la igualdad del contenido del derecho de cada uno de los ciudadanos, sin que existan discriminaciones por razones personales, profesionales o territoriales, como el acceso equitativo a sus contenidos materiales.

b) Llevar a cabo la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, extendiéndolo a todos los

grupos sociales, y desvinculándolo de los regímenes de afiliación de la Seguridad Social.

c) Precisar —en el marco del aseguramiento público— el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y de la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes.

d) Habilitar instrumentos efectivos de acreditación individual sanitaria (tarjeta sanitaria personal), estableciendo mecanismos de identificación compatibles en todo el Sistema Nacional de Salud, y conferir a las Administraciones sanitarias las funciones que actualmente se desarrollan en el marco de la Seguridad Social en materias relacionadas con el aseguramiento sanitario y la asistencia a ciudadanos extranjeros sujetos a convenios internacionales en materia sanitaria.

2. Garantizar las prestaciones sanitarias.

La Subcomisión considera necesario profundizar en la estrategia de ordenación normativa de las prestaciones, concebida como un elemento fundamental de determinación de los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

La ordenación de prestaciones ha de ser más que un mandato normativo fijo en el tiempo, un proceso participativo y dinámico que defina los contenidos y las garantías de la asistencia sanitaria, y contribuya a racionalizar la oferta asistencial.

La ordenación de prestaciones deberá realizarse por ley, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que determine, entre otros, los siguientes contenidos:

a) Las competencias de ordenación de manera que, en el nivel central, y previo acuerdo del Consejo Interterritorial, se fijará el catálogo de prestaciones comunes en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y expresamente se detallarán las prestaciones asociadas a nuevas tecnologías, las ligadas a facturación entre servicios, y aquéllas cuya indefinición pudiese generar graves desigualdades en su utilización. Las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias plenas podrán complementar este catálogo estableciendo prestaciones adicionales con cargo a sus fondos propios.

b) Las garantías básicas de las prestaciones relativas a equidad en el acceso, libre elección, información, derechos de reclamación y reintegro, calidad y tiempos de espera.

c) La financiación selectiva de prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, que deberán diferenciarse según criterios de necesidad, utilidad asistencial y social, y coste/efectividad.

En todo caso la incorporación de nuevas prestaciones se vinculará a fondos específicos, como garantía futura de suficiencia financiera.

La Subcomisión estima que deben elaborarse y ponerse a disposición de los ciudadanos unas Cartas de Servicios sanitarios que traduzcan a un lenguaje no tecnificado los contenidos de los catálogos de prestaciones.

Las Cartas deberán precisar cuáles son las prestaciones a que tiene derecho el usuario y qué mecanismos pueden arbitrarse para exigir las; con ello se conseguirán

nuevas prácticas de información y transparencia, que evitarán errores en la práctica de las prestaciones y clarificarán objetivos de calidad en relación a las mismas.

Los usuarios deberán participar en la confección de las Cartas, a fin de desarrollar su papel propio en la selección de los servicios.

En el ámbito de la ordenación de prestaciones la Subcomisión recomienda al Consejo Interterritorial el establecimiento de un programa de evaluación de tecnologías sanitarias que defina, con carácter anual, las prioridades que se han de seguir sobre esta última cuestión.

Este programa se hará efectivo contando con la participación de los diferentes organismos o agencias de evaluación de tecnologías sanitarias dependientes de las distintas Administraciones competentes. A este respecto, es necesario recabar también la colaboración de las sociedades científicas que agrupan a los profesionales especialistas en cada materia.

Las tecnologías en proceso de evaluación se considerarán en fase de experimentación, financiándose por vías alternativas a la de la atención sanitaria, en concepto de investigación clínica.

En cuanto a la garantía de los tiempos de espera, la Subcomisión recomienda la constitución, en el seno del Consejo Interterritorial, de una comisión de prioridades, encargada de indicar, para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se consideren prioritarios —por resolver o paliar situaciones de incapacidad, de especial gravedad y/o urgencia, o condicionar graves penalidades o sufrimientos—, tiempos máximos de espera, superados los cuales, el paciente tendrá derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente Servicio de Salud/Insalud.

3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria.

Ante los significativos cambios demográficos —derivados del aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad—, y los patrones de morbilidad que se observan en España, la Subcomisión considera necesario impulsar, en coordinación con los responsables de la política social, iniciativas para la asistencia socio-sanitaria, que, entre otras se concretan en:

a) Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social. La Subcomisión recomienda la fijación, por ley, de los criterios de diferenciación, considerando sociales —y no sanitarias— aquellas prestaciones que supongan la sustitución o colaboración del apoyo familiar y/o en el autocuidado, las de carácter residencial, y las paliativas de dificultades económicas.

b) Promover el desarrollo de una red de asistencia socio-sanitaria que, bajo los principios de descentralización administrativa, participación social y contribución económica de los usuarios a la asistencia —en función de la capacidad económica y del tipo de asistencia que se preste— está dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto, y de media y larga estancia, y fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales de acogida familiar y ayuda a domicilio.

c) Coordinar a las Administraciones sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de esta red socio-sanitaria.

d) Estructurar dentro de la asistencia sanitaria pública una adecuada red de centros de atención a la salud mental.

La Subcomisión entiende necesario involucrar a la sociedad, en su conjunto, y a las familias, en particular, en la atención socio-sanitaria. En este sentido, la Subcomisión insta al Gobierno a:

e) promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social,

f) fomentar la iniciativa social en el sector —mediante la apertura de líneas de créditos blandos para infraestructuras, planificación de la intervención pública y apoyo a la gestión de los centros—, y

g) reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos.

4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.

Como respuesta al elevado ritmo de crecimiento del coste de la prestación farmacéutica, que representa aproximadamente una quinta parte del gasto sanitario total, la Subcomisión considera necesaria la implantación de nuevos instrumentos de racionalización y control de la prestación farmacéutica, que, manteniendo sus altos niveles de calidad y accesibilidad, hagan partícipe de la evolución de la misma a todos los sectores y agentes implicados, incluidos los usuarios, y que se orienten, entre otros, hacia los siguientes objetivos:

a) Establecer la progresiva separación entre registro y financiación por el Sistema Nacional de Salud de las nuevas especialidades farmacéuticas y regular la posibilidad de financiación selectiva —en algunos medicamentos— tan sólo de determinadas indicaciones.

b) Promover los medicamentos genéricos e implantar precios de referencia. En esta línea, además de regular el régimen de registro y autorización de medicamentos genéricos, se habrán de impulsar las autorizaciones administrativas de estas especialidades y promover su implantación en los hábitos de prescripción y dispensación del sistema.

Todo ello debe hacerse velando para mantener el equilibrio que haga posible la inversión a los laboratorios que desarrollan patentes, ya que estas empresas son las principales protagonistas en la investigación de nuevos medicamentos, que las Administraciones sanitarias deben fomentar.

c) Mejorar los instrumentos de gestión de la prestación, especialmente, mediante la identificación de los datos del paciente y la mecanización de los mismos en la facturación de las recetas, y la mayor participación de los profesionales, que han de contar con una información rigurosa sobre medicamentos y con incentivos e instrumentos de gestión tales como el establecimiento de presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial, entre otros.

La Subcomisión recomienda al Gobierno, asimismo, que promueva la modificación de la Ley del Medicamento, regulando la facultad de sustitución de especialidades por los farmacéuticos, teniendo en cuenta los precios de referencia y la libertad de prescripción facultativa sobre principios activos y no sobre especialidades, a fin de que las Administraciones Sanitarias dispongan de instrumentos

adecuados para aplicar la política de medicamentos genéricos y precios de referencia que establezca el Gobierno.

La Subcomisión estima necesario promover una mayor participación de las Oficinas de Farmacia en las actividades sanitarias complementarias de sus zonas de salud respectivas, y un mayor compromiso de las mismas en los programas de uso racional del medicamento y control del gasto correspondiente.

Por último, por lo que se refiere a la participación de las Oficinas de Farmacia en el coste de la prestación, la Subcomisión estima que los márgenes del sector de Oficinas de Farmacia deberían, en el futuro, escalonarse según el precio del medicamento, tendiendo a fijar —con la participación del sector— dentro de estos márgenes una cuantía atribuible al acto profesional de la dispensación.

II. FINANCIACIÓN SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable.

La elevada tasa de crecimiento del gasto sanitario es un motivo de grave preocupación en España y en otros países occidentales por la dificultad de adaptar la capacidad de financiación pública al crecimiento del propio gasto sanitario.

Por una parte, el control del crecimiento del gasto exige la adopción de mejoras en la gestión de los recursos destinados a Sanidad. Por otra parte, el crecimiento del gasto se debe a factores exógenos a la gestión, tales como el envejecimiento de la población, cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, crecimiento de las expectativas de los ciudadanos en cuanto a las prestaciones sanitarias y demanda de cuidados sanitarios y mayores posibilidades de curación, incorporación de nuevas tecnologías que no siempre tienen carácter sustitutivo, entre otros.

Estas presiones estructurales sobre el gasto sanitario exigen la adopción de medidas igualmente estructurales para hacer viable financieramente el sistema sanitario público a largo plazo. Estas medidas revisten una especial importancia en un contexto de interdependencia económica en el plano internacional que, en nuestro caso, se concreta en la necesidad de cumplir los criterios de convergencia establecidos en el Tratado de Maastricht. Sin embargo, la convergencia con Europa debe atender, no sólo a los indicadores económicos, sino también a la necesidad de equiparación en términos de bienestar y de cohesión social.

En consecuencia, tanto desde el punto de vista de creación de empleo, dinamización de la economía y racionalidad en la cobertura financiera del gasto público, como desde el punto de vista de su contribución a la cohesión social y a la salud de la población, es necesario dotar al presupuesto sanitario con cifras realistas que cubran la financiación de las prestaciones y servicios que ofrece el sistema sanitario.

En este contexto, la Subcomisión considera necesario:

a) Establecer una base presupuestaria adecuada y realista, tanto como punto de partida para el próximo cuatrienio como en lo relativo a los criterios de crecimiento interanual. En virtud de la mayor dotación de esta nueva base financiera —proporcional a las necesidades presentes y realista de cara a la evolución futura— el Presupuesto sanitario, a lo largo del próximo cuatrienio, experimentará un incremento en términos de su participación en el PIB nominal.

b) Instar al Gobierno para que en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, con anterioridad a la aprobación del nuevo Acuerdo financiero para el cuatrienio 1998-2001 y a partir de las propuestas iniciales expuestas por el Gobierno, se determinen los recursos adicionales a aportar al Sistema Nacional de Salud en el ejercicio de 1998 y siguientes, para alcanzar una base presupuestaria adecuada y realista, y, en su caso, las fuentes de financiación que procedan.

c) Hacer explícitas las fuentes de financiación de las variaciones de gasto, con carácter previo a la adopción de cualquier medida de definición de nuevas coberturas y prestaciones con el fin de evitar, en el futuro, la conculcación del principio de suficiencia financiera.

6. Garantizar la suficiencia y la equidad en la distribución territorial.

El Acuerdo de financiación vigente (1994-1997), siguiendo lo establecido en la Ley General de Sanidad, contempla un reparto basado en el criterio de población protegida, tomando como referencia la población de derecho del censo de marzo de 1991, a la que se resta el número de personas integradas en los colectivos del mutualismo administrativo que reciben asistencia sanitaria a través de entidades de seguro libre.

Cualquier esquema de financiación ordinaria sin un núcleo capitativo tiene difícil justificación teórica en un servicio asistencial que se reconoce universal. Por lo tanto y con independencia de cualquier otro criterio que pudiera estimarse conveniente para contemplar las diferencias de coste entre Comunidades Autónomas (la estructura demográfica o los desplazamientos de población, por ejemplo), el modelo de financiación territorial debe mantener como núcleo básico el criterio de población protegida.

Por otra parte, el nuevo Acuerdo de financiación deberá adaptarse al horizonte, necesariamente cercano, de cierre del modelo asistencial recogido en la Ley General de Sanidad. Así, la distribución territorial de recursos debe contemplar y hacer posible las transferencias pendientes, y considerar a largo plazo la integración y homologación progresiva de la sanidad en la financiación autonómica.

Teniendo en cuenta estas orientaciones generales, la Subcomisión acuerda:

a) Emplazar a las autoridades financieras del Estado y de las Comunidades Autónomas, y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a abordar de inmediato las bases de un nuevo Acuerdo de financiación cuatrienal para el período 1998/2001, en el cual, respetando los principios de suficiencia y estabilidad financiera, se deberán establecer instrumentos para lograr una mayor disciplina presupuestaria.

b) Mantener, en el nuevo modelo de financiación para el próximo cuatrienio, el criterio de capitación como regla de distribución, perfeccionado, en su caso, por otros criterios, pudiendo incluir fondos específicos para financiar los gastos por desplazados, docencia u otros factores que determinan la variabilidad de costes entre Comunidades Autónomas.

En todo caso, continuará siendo de aplicación para las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra lo previsto en la Disposición Adicional Primera de la Ley General de Sanidad.

c) Instar al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante el período de vigencia del nuevo Acuerdo, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica, sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal.

III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema a las necesidades de salud.

La Subcomisión es consciente de las presiones a que están sometidas las organizaciones sanitarias y de la necesidad de modernización y flexibilización del sistema. En este sentido considera necesario orientar la provisión de servicios a las necesidades de salud reales y prioritarias de la sociedad, a partir de la identificación de las mismas, mediante los planes de salud de cada Comunidad Autónoma.

8. Impulsar la autonomía de gestión.

La modernización organizativa del Sistema Nacional de Salud exige racionalizar los programas de gasto sanitario público, adoptar modos organizativos y sistemas de pago que fomenten la eficiencia y la responsabilización sobre actuaciones y resultados, y procurar altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. En esta dirección, la Subcomisión recomienda:

a) Proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión, y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras.

b) Facilitar la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia organizativa de las Comunidades Autónomas, la definición de unas características comunes de la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan.

Estas características propias de las organizaciones sanitarias públicas deben permitir compatibilizar el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público (en materia de equidad en el acceso de los usuarios a los servicios y garantías en la prestación de los mismos, régimen presupuestario y económico-financiero, control patrimonial y régimen de personal) con la aplicación de mayores cotas de autonomía (dotación de órganos de gobierno propios, vinculación de los ingresos mediante contratos de los servicios, gestión de flujos de tesorería y capacidad de autoorganización, entre otros).

c) Controlar la calidad en la asistencia e impulsar su mejora continua, a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, respetando el marco competencial vigente en la materia. La acreditación debe permitir verificar el cumplimiento por parte de cada institución de un conjunto de requisitos previamente establecidos.

d) Impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentado a través del control y evaluación de los resultados obtenidos.

9. Atender las preferencias de los usuarios.

El Sistema Nacional de Salud debe acomodar las crecientes expectativas de soberanía individual y participación que acompañan al desarrollo económico, social y cultural, otorgando a los ciudadanos un mayor protagonismo del que disfrutaban en la actualidad y promoviendo una organización de los procesos asistenciales —en sus vertientes técnica, y de servicio y confort— más acorde con sus preferencias. La Subcomisión estima necesario:

a) Profundizar en los esfuerzos ya iniciados para reconocer el derecho a la elección de proveedor, y acometer las reformas organizativas que lo hagan efectivo (tanto en lo que afecta al paciente como a la financiación de las instituciones sanitarias).

A este respecto, deberán modificarse las disposiciones de la Ley General de Sanidad, para establecer la libre elección de médico y centro, ambas con las limitaciones que la organización de los Servicios imponga y referidas al ámbito de los Servicios de Salud correspondientes.

Asimismo, se deberá regular el derecho a la información asistencial comparada y establecer, a este fin, la información sobre calidad asistencial que estarán obligadas a aportar las instituciones sanitarias como derecho del usuario y requisito para la provisión de la asistencia sanitaria en el sector público.

b) Lograr una mayor participación social en todas las instituciones asistenciales del sistema, fomentando los movimientos asociativos y del voluntariado, impulsando las comisiones de participación ciudadana, y mejorando los procedimientos de información y de reclamación.

10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.

Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Su motivación y compromiso con la gestión son, sin lugar a dudas, retos históricos pendientes de resolver en el sistema público.

Dos factores pueden considerarse el origen de esa situación: la falta de un adecuado sistema de incentivos y la burocratización y rigidez de las relaciones profesionales. Para abordar la resolución de este problema, la Subcomisión considera imprescindible el establecimiento, por ley básica, de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario de los servicios de salud.

Respetando las competencias en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas es preciso abordar un nuevo régimen de personal compatible con la autonomía de gestión de los centros, al objeto de alcanzar los siguientes fines:

a) Regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un Estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las Comunidades Autónomas.

b) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional en el plano de las organizaciones proveedoras y garantizando con criterios objetivos la calidad de los servicios y el mantenimiento permanente de la motivación personal.

c) Flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad, y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros.

d) Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones, y promover soluciones legales para el ajuste por los centros de las mismas y regular la negociación colectiva a nivel de centro, bajo pautas comunes a todo el sistema, por lo que se refiere al volumen total de empleo en el sector y a las condiciones salariales básicas.

e) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.

En el ámbito de la regulación de las profesiones sanitarias, la Subcomisión considera conveniente:

f) Promover, por ley, una ordenación específica de las profesiones sanitarias con amplia participación de colegios, sociedades científicas y asociaciones profesionales.

g) Instar al Gobierno a resolver urgentemente el problema de las titulaciones pendientes así como adecuar las especialidades sanitarias a las necesidades asistenciales, profundizando en el sistema de formación especializada (residencia), a través de criterios de troncalidad dando paso a especialidades emergentes, y promoviendo las áreas de capacitación específica. Las Comunidades Autónomas deben participar en este proceso de forma efectiva, en el seno del Consejo Interterritorial.

IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial.

La implantación efectiva del modelo sanitario de la Ley General de Sanidad exige la definitiva transferencia de la gestión de la asistencia de la Seguridad Social, y su red de centros, a todas las Comunidades Autónomas. La Subcomisión considera necesario dar un impulso político que cierre el modelo de descentralización territorial, transfiriendo la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución, y promoviendo un pacto con las corporaciones locales para que éstas asuman en el futuro un mayor protagonismo asistencial.

Con tales objetivos en perspectiva, la Subcomisión propone:

a) Promover las iniciativas institucionales que sean necesarias para equiparar las competencias de las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución en materia de asistencia sanitaria.

b) Hacer efectivos los traspasos de los servicios del Insalud, fijando un plazo para el cierre final del modelo sanitario territorial.

c) Desarrollar, mediante el acuerdo interinstitucional que corresponda, una mayor presencia en la actividad asistencial de las corporaciones locales.

La Subcomisión considera que los procesos de descentralización sanitaria no deben limitarse a la transferencia de la red asistencial actualmente gestionada por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. Es preciso, además, que el impulso a la descentralización administrativa se lleve a cabo también en el ámbito de cada una de las Comunidades Autónomas, en un proceso abierto de participación local y social y de autonomía creciente de las instituciones en la toma de decisiones que les conciernen.

12. Promover la cooperación y coordinación territorial.

La culminación del proceso de transferencias debe permitir una reconsideración a fondo del ejercicio efectivo de la función de coordinación del sistema que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. En un escenario de plena descentralización la dirección del Sistema Nacional de Salud ha de desarrollarse fundamentalmente en la búsqueda del consenso y la participación de las Comunidades Autónomas. Estas, a su vez, han de contribuir al mantenimiento de la identidad común del sistema de acuerdo a los principios de lealtad institucional y cooperación recíproca.

Con ese objetivo, el Ministerio deberá potenciar el desarrollo de sus funciones de coordinación principalmente a través del Consejo Interterritorial, más por la vía de generación de valor como unidad central y arbitral del sistema, que a través del ejercicio unilateral de su posición jerárquica o de sus competencias privativas.

El cierre del modelo territorial obliga no sólo al Estado sino a todos los agentes del sistema sanitario a avanzar en la configuración de un Sistema Nacional de Salud que, sin perjuicio de la autonomía de gestión de las Comunidades Autónomas, garantice unos elementos básicos comunes: financiación, planificación integrada e información recíproca.

En este sentido, la Subcomisión considera necesario, al margen de las iniciativas específicas de coordinación recogidas en los capítulos anteriores, abordar los siguientes retos:

a) Perfilar el contenido de la función financiera, especialmente en lo que se refiere, a la definición de criterios de financiación de la sanidad pública y al establecimiento de los sistemas de información y estadísticas económico-sanitarias comunes.

b) Poner en marcha, en el seno del Consejo Interterritorial, instrumentos de coordinación normativa entre el Estado y las Comunidades Autónomas para el desarrollo jurídico armónico de los aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud.

c) Renovar, bajo las directrices del Consejo Interterritorial, los contenidos de la planificación integrada y dotar de medios específicos a la misma, así como potenciar los programas sectoriales conjuntos, orientando estas actividades hacia nuevos enfoques en materia de salud pública, mediante iniciativas compensatorias y actuaciones conjuntas sobre los grupos sociales más vulnerables y los mayores factores de riesgo.

d) Definir el modelo central de información, con participación, financiación y control común, de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas.

e) Redefinir la Alta Inspección Sanitaria, que deberá ser fundamentalmente el instrumento específico de ga-

rantía de la equidad en el acceso a las prestaciones y de la inexistencia de discriminaciones, instando al Gobierno a que regule reglamentariamente el ejercicio de sus funciones, de acuerdo a las directrices del Consejo Interterritorial.

La Subcomisión sugiere al Gobierno que aborde, en el seno del Consejo Interterritorial, nuevas iniciativas para el desarrollo del mandato constitucional de “coordinación general de la Sanidad”, entre otros sectores, en materia de aseguramiento, política de personal, acreditación y evaluación, ordenación de prestaciones, investigación científico-técnica, y, especialmente, en salud pública.

La Subcomisión parlamentaria sugiere al Gobierno avanzar en la encomienda a las Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito territorial respectivo, de la prestación de los servicios y el desempeño de las actuaciones ejecutivas y de inspección y control que en materia sanitaria corresponden al Estado con el fin de optimizar los recursos y conferir mayor eficiencia al sistema.

13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

La descentralización del sistema sanitario y los avances en la cooperación y coordinación territorial requieren un reforzamiento del papel del Consejo Interterritorial en el futuro. En esa línea será necesario promover, mediante la iniciativa legislativa y la acción política, un importante salto cualitativo en la configuración de las funciones y en la capacidad de aunar voluntades que ha de corresponder al Consejo, cuya función, como órgano de intercambio, de información recíproca y de puesta en común ha de incrementarse en el futuro.

La Subcomisión manifiesta, pues, la necesidad de fortalecer el papel de este órgano como el instrumento esencial de vertebración del sistema sanitario.

En este espíritu, las iniciativas fundamentales que deberán abordarse, mediante las reformas legales o institucionales que correspondan, son las siguientes :

a) Revisar su naturaleza jurídica y configuración administrativa, otorgándole mayores facultades de decisión, y ampliar sus funciones como órgano a través del cual se ha de instrumentar, preferentemente, la fijación de las bases —sin perjuicio de su formal establecimiento por ley—, la coordinación general sanitaria y los criterios generales de la Alta Inspección.

b) Modificar su composición, suprimiendo su carácter paritario, y establecer un nuevo régimen de acuerdos, -incluida la posibilidad de introducir el voto ponderado según los casos- que vincule de un modo más operativo a todos sus miembros, utilizando, entre otros instrumentos, la figura de los Convenios de Conferencia Sectorial.

c) Promover la participación en el Consejo de los diferentes agentes que concurren en el sistema sanitario (organizaciones sindicales y empresariales, de consumidores y usuarios, corporaciones profesionales sanitarias, universidades y entidades científicas) mediante la modificación, por ley, del Comité Consultivo.

d) Y, por último, dotar al Consejo Interterritorial y a todos sus órganos de una estructura de soporte operativa que cuente con los medios personales y materiales nece-

sarios para el desarrollo de sus cometidos y el seguimiento de sus acuerdos.

Es voluntad de los grupos parlamentarios firmantes de este Acuerdo que las iniciativas y las medidas que aquí se proponen propicien el más amplio consenso institucional posible, en el mismo espíritu que ha inspirado, recientemente, los pactos parlamentarios y sociales de pensiones y empleo.

El objetivo de los trabajos de esta Subcomisión no ha sido otro que el de favorecer un clima de entendimiento entre todos los grupos parlamentarios —representantes de la soberanía popular— a fin de superar confrontaciones partidistas sobre el futuro de la sanidad, evitando que se transmita a la población inquietud alguna sobre el mantenimiento de los niveles alcanzados en la asistencia sanitaria española.

Estas propuestas, que habrán de ser consideradas y debatidas en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados —y para las que los integrantes de esta Subcomisión solicitan el apoyo de los restantes grupos parlamentarios presentes en la citada Comisión—, pretende ser un programa realista de futuro que ha de inspirar la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud, elemento fundamental de justicia y cohesión social, cuyos principios de aseguramiento, financiación, organización y gestión, y cuyo modelo territorial deben consolidarse y modernizarse con el apoyo de todos los agentes y grupos sociales, la participación de los profesionales y de la ciudadanía, como seña de identidad común de nuestro Estado democrático y autonómico de derecho.

En Madrid, a 23 de septiembre de 1997.—Por el Grupo Parlamentario Popular, **D. Feliciano Blázquez Sánchez**, Coordinador; **D. César Villalón Rico**, **D. José Ignacio Echániz Salgado**, **D. Tomás Burgos Gallego**. Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, **D. Francesc Homs i Ferret**, **D^a. Zoila Riera i Ben**. Por el Grupo Parlamentario Vasco, **D^a. M^a Jesús Aguirre Uribe**. Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria y **D. Jesús Gómez Rodríguez**.

A la Comisión de Sanidad y Consumo

Jesús Gómez Rodríguez, Portavoz de Coalición Canaria en la Subcomisión de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, mediante el presente escrito, recuerda a los servicios jurídicos de la Cámara que en los diferentes debates habidos en el seno de la Subcomisión, se aceptó la enmienda «in voce», que este Diputado planteó al párrafo segundo de la recomendación 6.^a, sobre la inclusión de la insularidad como factor que determina la variabilidad de costes en las diversas Comunidades Autónomas.

Téngase en cuenta que el concepto de insularidad es el único recogido en la Constitución española, artículo 138, y que en las reuniones mantenidas por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, don Julio Bonis y los Ministros de Sanidad, señor Romay, y de Economía y

Hacienda y Vicepresidente Segundo, don Rodrigo Rato, se ha admitido este concepto como a tener en cuenta en materia financiera, lo que me permito recordar a los efectos de mantener y defender este criterio en las sesiones de Comisión y Pleno.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de octubre de 1997.—**Jesús Gómez Rodríguez.**

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Consumo

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, según lo previsto en el Punto Quinto, apartado 2) de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, presentar el siguiente voto particular de rechazo de las conclusiones de la Subcomisión para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario Público manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso (número expte. 154/000003), por cuanto discrepa en términos generales de estas conclusiones.

Asimismo y en virtud de la previsión del apartado 4), del Punto Quinto de la citada Resolución de la Presidencia, el Grupo Socialista manifiesta su voluntad de que este voto particular se publique con las conclusiones de la Subcomisión, en el caso de no ser aprobado.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de octubre de 1997.—El Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, **Juan Manuel Eguiagaray Ucelay.**

I. INTRODUCCIÓN

El 7 de mayo de 1996 el Grupo Parlamentario Popular presentó en la Cámara una Proposición no de Ley «para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura» (núm. expte. 162/000024).

El Grupo Parlamentario Socialista ya entonces enmendó el texto en el sentido de «avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso» (núm. expte. 162/000024).

Esta enmienda, aprobada por todos los Grupos Parlamentarios, dio origen a la creación por el Pleno de la Cámara de la Subcomisión con fecha 11 de junio de 1996 (núm. expte. 162/000024).

La Subcomisión inició sus trabajos con ese mandato preciso. Se trataba por tanto de estudiar las medidas necesarias para mejorar el funcionamiento del Sistema, no para transformarlo desvirtuando los principios que los Grupos Parlamentarios nos comprometíamos a mantener, ni desde luego para apostar por su progresivo desmantelamiento.

La base del consenso con la que se iniciaron los trabajos significaba la aceptación expresa por parte del Grupo

Parlamentario Popular de los principios del Sistema Nacional de Salud, su mantenimiento y su consolidación.

II. ANTECEDENTES

1. El día 14 de junio, es decir, 72 horas después de constituirse la Subcomisión, el Gobierno aprueba en Consejo de Ministros dos Decretos Leyes por los que se decide nada menos que la privatización del Sistema Nacional de Salud y la nueva ordenación de las oficinas de Farmacia.

Son los Decretos Leyes números 10/1996, sobre Habilitación de nuevas formas de Gestión del INSALUD, y 11/1996, de Ampliación del Servicio Farmacéutico a la Población.

2. Ante la oposición del Grupo Parlamentario Socialista, entre otros, a la convalidación de tales Decretos Leyes, el Grupo Parlamentario Popular aceptó la tramitación de ambos como Proyectos de Ley lo que posibilitó la modificación sustancial de los dos textos.

3. La Ley 15/1997, procedente del Real Decreto-Ley, referida a las nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud fue aprobada en el Pleno del Congreso de los Diputados el 23 de abril de 1997 y publicada en el «BOE» el día 26 de abril, entrando en vigor ese mismo día.

El Proyecto de Ley incorporó las enmiendas presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista por lo que fue votado afirmativamente por este grupo. En síntesis, la Ley garantiza la titularidad pública de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y mandata al Gobierno para que desarrolle por vía reglamentaria las garantías que han de preservar los nuevos entes gestores de los centros sanitarios en relación con la equidad en el acceso de los ciudadanos, el control público de los recursos, el régimen de personal, etcétera.

4. Lo cierto es que a los 16 días de la entrada en vigor de la Ley, el Gobierno de la Generalitat Valenciana adjudica la atención sanitaria de 230.000 habitantes de la comarca de Alcira a una UTE de empresas privadas, vulnerando de manera frontal, a juicio de este Grupo, el contenido de la Ley aprobada.

5. Por acuerdo del Consejo de Ministros de fecha 22 de noviembre de 1996 se constituyen las Fundaciones Hospital de Alcorcón y Hospital de Manacor. Acuerdos que no se hacen públicos por el Consejo de Ministros, que deciden nuevos modos de gestión para dos hospitales públicos, por la vía expeditiva de aprobar sendos estatutos de regulación de las Fundaciones.

6. Por el Grupo Parlamentario Socialista a través de una Proposición no de Ley se insta al Gobierno a adaptar los Estatutos de Alcorcón y Manacor a la Ley de nuevas formas de Gestión, aprobada por el Parlamento (número expte. 161/000475).

El Grupo Parlamentario Popular se comprometió a hacerlo y a que el Gobierno promulgue el Reglamento de desarrollo de la Ley 15/1997 antes del día 1 de septiembre de 1997 (número expte. 161/000475).

A día de hoy no se ha cumplido el mandato parlamentario.

7. Al margen y sin conocimiento de la Subcomisión, el Gobierno ha adoptado entre otras las siguientes decisiones:

— Modificación del régimen de la contratación sanitaria.

— Modificación del régimen de subvenciones para financiar los entes gestores de centros sanitarios.

— Modificación de la regulación del personal sanitario en materias tales como excedencias, dedicación exclusiva, retribuciones, nuevas formas de contratación, selección y provisión de plazas de facultativos especialistas, concursos de traslado, régimen de interinidad, acuerdos sindicales, etcétera.

— Modificación de la ordenación farmacéutica, regulación de nuevas modalidades de financiación selectiva de los medicamentos, regulación de los medicamentos genéricos, regulación de los márgenes de las oficinas de farmacia, del régimen de compra de los efectos y accesorios, acuerdos con la industria farmacéutica, etcétera.

— Modificación de la regulación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Algunas de las decisiones citadas han supuesto la modificación de la Ley General de Sanidad, Ley de la Seguridad Social, Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Ley General Presupuestaria, Ley del Medicamento, Real Decreto-Ley sobre retribuciones del personal estatutario del Insalud, etcétera.

La relación no es exhaustiva pero sí ilustrativa. En ninguno de los casos tales decisiones han sido objeto de debate, ni informe, ni consulta, ni siquiera objeto de conocimiento de la Subcomisión parlamentaria.

Sin embargo el Gobierno sí ha utilizado permanentemente la existencia de la Subcomisión para eludir la explicación de su política sanitaria, de las decisiones que ha ido adoptando, amparándose en el supuesto mandato a la Subcomisión para proponer las reformas necesarias.

El contraste entre las decisiones formadas, y la forma de adoptarlas con la inoperancia de la Subcomisión es escandaloso.

8. Por todas las razones expuestas el Grupo Parlamentario Socialista abandonó la Subcomisión en mayo de 1997.

9. La Subcomisión fue creada por el Pleno del Congreso el 11 de junio de 1996.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día 2 de julio de 1996, señala que el plazo de finalización de sus trabajos será de seis meses desde su creación.

El 18 de febrero de 1997 la Mesa y el Pleno del Congreso deciden la prórroga hasta el fin del período de sesiones.

El 24 de junio de 1997 el Pleno autoriza una prórroga hasta el 10 de septiembre de 1997, para que el informe se pueda incluir en la primera sesión plenaria de septiembre.

El día 10 de septiembre el Presidente de la Comisión solicita una nueva prórroga hasta el 30 de septiembre. La Mesa el día 16 deniega la prórroga.

Pese a ello y a que el plazo de sus trabajos había finalizado el 10 de septiembre, la Subcomisión se reúne y aprueba su informe el día 23 de septiembre de 1997.

III. CONSIDERACIONES DE FONDO

Las propuestas contenidas en el Informe aprobado por los Grupos Parlamentarios que se han mantenido en la Subcomisión, a pesar de la manifiesta y calculada ambigüedad que presiden su redacción, quiebran en opinión del Grupo Parlamentario Socialista, ese consenso inicial que dio origen a los trabajos porque, entre otras cosas, suponen la ruptura del modelo del Sistema Nacional de Salud, al cuestionar el principio básico de aseguramiento público único y universal, no establecer las garantías de un modelo de financiación suficiente, estable, distribuida equitativamente y con especificidad propia, y plantear «ex novo» la definición de las prestaciones sanitarias garantizadas por el Sistema Nacional de Salud, con tendencia clara a propiciar revisiones a la baja.

I. De la ruptura del aseguramiento público único

La Subcomisión manifiesta en sus propuestas la necesidad de redefinir el aseguramiento sanitario público, mediante la reforma legal adecuada que permita:

«c) Precisar —en el marco del aseguramiento público— el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y de la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes.»

La Subcomisión asimismo sugiere al Gobierno «que aborde, en el seno del Consejo Interterritorial, nuevas iniciativas... en materia de aseguramiento.»

La lectura del texto es, para este Grupo Parlamentario, suficientemente clarificadora. Pero si, además, se pone en relación con los antecedentes que es obligado considerar para hacer una interpretación que nos permita conocer el alcance real de la propuesta, resulta incontestable la conclusión de que el Grupo Parlamentario Popular propone la ruptura del aseguramiento público único y universal.

El inmediato antecedente es el borrador anterior estudiado por la Subcomisión que recoge textualmente:

«Profundizar en el derecho de libre elección en materia de asistencia sanitaria por parte del usuario, precisando el papel a desarrollar por las distintas entidades, públicas o privadas, incluidas las mutualidades administrativas y entidades de seguro libre, en la gestión y provisión del aseguramiento y de la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas que, sobre estas cuestiones, se han de introducir en el sistema.»

La ambigüedad o suavización de los términos introducidos en la última redacción no desvirtúa, a nuestro juicio, el contenido real de la propuesta. Más bien responde a la ya habitual técnica del Gobierno y del Grupo Parlamentario Popular de enmascarar sus decisiones con discursos ambiguos cuando no abiertamente contradictorios.

Pero el antecedente más ilustrativo es el contenido en el texto de la Conferencia Nacional de Sanidad del Partido Popular (Madrid 26 de noviembre de 1994), donde se explica con claridad su propuesta de ruptura del aseguramiento público y liberalización de la asistencia sanitaria perfilando un modelo asistencial de financiación pública y provisión mixta.

Por si no fuera suficientemente elocuente lo hasta aquí consignado, el Gobierno del Partido Popular ya ha puesto en práctica este modelo rompiendo el aseguramiento público único en la comarca de Alcira (Valencia).

La adjudicación a una Unión Temporal de Empresas privadas de la gestión de servicios públicos por concesión consistente en la prestación de asistencia sanitaria a los habitantes de la comarca de Alcira, constituye a nuestro juicio la ruptura del modelo de aseguramiento público único y contraviene además la Ley de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, de fecha 25 de abril de 1997.

En consecuencia, ni las propuestas políticas, ni las decisiones que están llevando a la práctica dejan lugar a dudas sobre la decisión del Gobierno del Partido Popular y del Grupo Parlamentario que le apoya de romper el aseguramiento público único, ruptura, insistimos que ya se ha producido respecto de los ciudadanos residentes en Alcira.

Por el contrario, el Grupo Parlamentario Socialista entiende que la salvaguarda y consolidación de la misión social y los principios éticos que sustentan el Sistema Nacional de Salud, esto es:

- la universalización de la asistencia sanitaria con financiación pública,
- una estructura de prestaciones equivalente y homogénea para todos los ciudadanos y
- la garantía de equidad en el acceso a los servicios públicos.

exige en primer término evitar las políticas tendentes a:

- 1) fragmentar el sistema en cuanto al aseguramiento público, la estructura de redes sanitarias y las funciones esenciales de la organización,
- 2) externalizar colectivos y/o contingencias comunes,
- 3) diferenciar condiciones de cobertura y/o seleccionar riesgos sanitarios mediante el desarrollo de regímenes sustitutivos o agentes compradores intermediarios y
- 4) producir ineficiencias en los costes de estructura y/o transacción.

Para el Grupo Parlamentario Socialista la universalización de la asistencia sanitaria con financiación pública en un marco de aseguramiento público único es una necesidad, además de un mandato legal, para la mejora efectiva del Sistema Nacional de Salud.

La universalización de la asistencia sanitaria es una premisa para que todos los españoles tengan derecho a la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva y un elemento básico para garantizar la solidaridad.

II. De la falta de garantías del modelo de financiación propuesto

La Subcomisión considera necesario «...hacer explícitas las fuentes de financiación» en un permanente intento de mezclar políticas de gasto con política de ingresos, pretensión que el Grupo Parlamentario Socialista rechaza.

Cuando hablamos de financiación de la Sanidad estamos tratando de evaluar el esfuerzo que una sociedad está dispuesta a hacer para atender esa necesidad social y su dimensionamiento, en términos de gasto público, entra en la lógica del establecimiento de prioridades entre los diferentes servicios que se ofrecen a los ciudadanos.

La fuente de financiación de la Sanidad deben ser los ingresos generales del Estado y la política fiscal que determina esos ingresos no es un debate sanitario sino fiscal.

¿Se pide al Ministerio de Fomento que indique con qué impuestos, tasas, etcétera se financia su parque móvil?

¿O al Ministerio de Educación qué impuesto hay que subir para mantener las clases de informática?

¿Por qué este afán de que se decidan en el ámbito sanitario aspectos específicos de política fiscal?

¿O es que se está pensando en la financiación por parte del paciente?

También en esta materia se abre una brecha entre el discurso oficial y la realidad documental que se recoge en los Presupuestos Generales del Estado.

El Presupuesto para asistencia sanitaria para 1998 crece, con respecto al año anterior a tasas inferiores al PIB nominal, contradiciendo las conclusiones del informe de la Subcomisión. Y es admisible interpretar que las cantidades consignadas en dichos Presupuestos sean un anticipo a cuenta, pues tal estrategia podría ir dirigida a obligar a quien solicite el incremento de gasto sanitario a señalar al propio tiempo de dónde han de salir los recursos adicionales (¿copago?) o, lo que es peor, supone la respuesta explícita a los apoyos parlamentarios del Partido del Gobierno.

La referencia que hace el documento de la Subcomisión a «... hacer posible la transferencia pendiente», —sin fijar plazo para ello— y consolidar a largo plazo la integración y homologación progresiva de la Sanidad en la financiación autonómica, sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal, supone a juicio de este Grupo Parlamentario un serio riesgo y una enorme incertidumbre sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud.

En efecto, la financiación sanitaria debe mantener su especificidad, vinculada a la universalización y a la homogeneidad de las prestaciones sanitarias que el Sistema Nacional de Salud debe garantizar a todos los ciudadanos. Lo contrario es propiciar que en un futuro próximo no pueda hablarse con un mínimo rigor de Sistema Nacional de Salud, habida cuenta de la impredecible dirección que puede adoptar cada uno de los subsistemas.

Dos son las cuestiones fundamentales al tratar de la financiación de la Sanidad para el próximo período:

- Cuánto se destina al gasto sanitario público.
- Cómo se reparte entre las CC. AA.

Respecto a la primera cuestión está diáfana en el Proyecto de Presupuestos presentado por el Gobierno.

El gasto sanitario público crece un 4,83, un punto menos que el PIB. Esa es la verdadera dimensión de la tan anunciada prioridad política en materia de Sanidad del Gobierno.

Por tanto, frente a los anuncios del Gobierno en su comparecencias ante la Subcomisión de aumentar entre 100.000 y 150.000 millones la base de cálculo del presupuesto sanitario para 1998, con carácter adicional a los 200.000 millones de crecimiento del PIB, la realidad del Proyecto de Presupuestos ofrece una decisión del Gobierno de crecimiento de 172.000 millones por todos los conceptos, lo que constituye un incumplimiento clamoroso de aquellos anuncios hechos en sede parlamentaria y del propio documento que aquí se comenta.

El cómo se ha de distribuir es todavía más preocupante.

La base de partida debe ser la población de derecho, no la población protegida; los fondos específicos adicionales que tan pronto se anuncian como se niegan, pueden ser la antesala a la introducción de criterios de bilateralidad en el reparto, lo cual desde nuestro punto de vista es inaceptable, porque siempre hay que pensar en los ciudadanos de las 17 Comunidades Autónomas y no de las que tienen la asistencia sanitaria transferida o, en particular, de alguna.

En definitiva, en el capítulo de Financiación Sanitaria la Subcomisión introduce elementos de inseguridad, inequidad y debilitamiento del modelo vigente, y traslada a un Órgano Administrativo —el Consejo de Política Fiscal y Financiera— la responsabilidad de formular una propuesta de financiación del SNS en la que sin duda aparecerán los pactos o acuerdos políticos que no se han debatido en el foro parlamentario y en los que la participación de los distintos grupos parlamentarios ha sido inexistente.

III. De las prestaciones sanitarias

La Subcomisión considera que la ordenación de prestaciones ha de ser «un proceso participativo y dinámico» y concluye que para ello «deberá realizarse por ley». Sin perjuicio de que no parece que la ley sea el instrumento más dinámico, lo cierto es que se ignora absolutamente que las prestaciones sanitarias están ya garantizadas hoy por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Como no parece que el cambio de rango de la norma sea un fin en sí mismo, ¿cuál es la necesidad de ordenar nuevamente las prestaciones que el Sistema Nacional de Salud garantiza?

Quizá lo clarifique el criterio contenido en el punto c) página 4 «la financiación selectiva con criterios de... coste/efectividad.»

Por otra parte el amparo que proporciona la ambigüedad del texto no es bastante para que nos impida ver con claridad el fin último de la propuesta. Así, elevar la toma de decisiones en relación a los tiempos máximos de espe-

ra desde el gestor del área a una «Comisión de Prioridades del Consejo Interterritorial» para determinar el derecho del paciente a ser atendido en otro centro, puede ser una vía abierta a la privatización del sistema.

Porque si simultáneamente a la fijación de tiempos máximos de espera, se libera a los profesionales de la dedicación exclusiva y se van a ajustar —reducir— plantillas, no parece que se encaminen los esfuerzos a mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Más bien se trata de reconocer y proclamar «a priori» la incapacidad del Sistema para el cumplimiento de esos plazos, y de derivar al sistema privado actividad asistencial.

No son las apuntadas las únicas discrepancias del Grupo Parlamentario Socialista que fundamentan el voto particular a las conclusiones de la Subcomisión. Lo relativo a los profesionales sanitarios constituye un clamoroso ejemplo de improvisación y de propuestas contradictorias y erróneas, lo cual, si consideramos que la asistencia sanitaria es fundamentalmente un servicio de prestación personal, resulta significativo.

Por ejemplo, al considerar imprescindible el establecimiento por ley básica (?) de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario, pero también, con carácter básico (?) para todo el sistema, regular mediante un Estatuto profesional propio se incurre en errores y contradicciones, pues se olvida que el modelo de relación laboral es el Estatuto de los Trabajadores y no acaba de quedar claro si se propone un régimen estatutario o laboral para el personal.

En el ámbito de la organización y la gestión, caso de atender las propuestas de la Subcomisión, el Gobierno —Ministerio de Sanidad— tiene una ardua tarea por delante, la de desandar lo andado en este año largo de mandato.

Si hay que separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, tendrá que procederse a desdoblarse al Secretario General de Asistencia Sanitaria, Presidente del Insalud, y Presidente de los Patronatos de Alcorcón y Manacor, órganos de gobierno de dichos hospitales.

Si de lo que se trata es de dotar de mayor autonomía a los centros y a sus gestores —como propone la Subcomisión— entonces ni siquiera bastaría con tal desdoblamiento.

Si hay que promover la competencia entre proveedores habrá que volver a liberalizar la venta de efectos y accesorios que el Gobierno ha devuelto en exclusiva a las Oficinas de Farmacia.

Si hay que profesionalizar la gestión habrá que recuperar a algunos Gerentes de hospital cesados en sus responsabilidades no precisamente por criterios de profesionalidad.

Y si hay que gestionar con criterios empresariales habrá que hacer lo que hacen todas las empresas conocidas que es otorgar a su personal la máxima prioridad y en consecuencia ocuparse de seleccionarlo, en lugar de contratar tal función con una entidad ajena a la «empresa sanitaria».

Son muchos los ejemplos que avalan la valoración expuesta en el sentido de que las conclusiones de la Subcomisión constituyen un desafortunado cúmulo de imprecisiones y ambigüedades, que por otra parte se contradicen

abiertamente con las decisiones que en política sanitaria ha adoptado el Gobierno.

También se detectan ausencias clamorosas. Ni una sola consideración sobre la atención primaria, que no existe en el documento, ni sobre la salud pública —no se sabe para qué trabaja el Sistema Nacional de Salud, cuáles son sus objetivos—, ni sobre la prevención de la enfermedad, ni sobre la formación del médico, tanto en el postgrado como a nivel de postgrado, complementando el muy satisfactorio sistema MIR, ni sobre la investigación.

Ausencias, ambigüedades y contradicciones que no oscurecen lo que sí se propone por la Subcomisión, lo que se aborda expresamente que, por las razones antedichas, supone la quiebra del modelo sanitario público, que el Grupo Parlamentario Socialista defiende, al plantear la ruptura del aseguramiento público único, abrir procesos para hacer tabla rasa de las prestaciones sanitarias hoy garantizadas, y poner en grave riesgo la viabilidad financiera del sistema y su equidad. Es decir, afecta a su propia esencia y a la capacidad que, de momento, tiene para hacer más iguales a todos los ciudadanos.

IV. CONCLUSIONES

1. La Comisión constata que no se ha podido llegar a un consenso entre los diferentes Grupos Parlamentarios integrantes de la misma sobre las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura.

2. La Comisión considera que la Subcomisión no se ha ajustado a las normas reglamentarias sobre procedimiento, lo que culmina con la aprobación fuera de plazo de su informe. La Subcomisión ha incumplido el mandato para el que se constituyó, esto es, la consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud, al formular propuestas que lo desvirtúan.

3. La Comisión constata que el Gobierno, durante el período de trabajo de la Subcomisión, ha adoptado medidas respecto del sistema sanitario ignorando las posibles conclusiones de los trabajos de la Subcomisión.

4. La Comisión rechaza los propuestas contenidas en el informe de la Subcomisión, aprobado el 23 de septiembre de 1997.

5. La Comisión decide, por tanto, no elevarlas al Pleno para su discusión y votación.

A la Comisión de Sanidad y Consumo

El Grupo Parlamentario de Coalición Canaria presenta los siguientes votos particulares al texto aprobado por la Subcomisión de modernización y reforma del Sistema Sanitario.

Palacio del Congreso de los Diputados, 9 de octubre de 1997.—**Jesús Gómez Rodríguez**, Diputado del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria.—**José Carlos Mauricio Rodríguez**, Portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria.

1. A la recomendación 3.^a

En el apartado b), segunda línea, después de: «... sociosanitaria...» añadir: «...específica...».

2. A la recomendación 3.^a

En el apartado f), después de: «fomentar la iniciativa...», añadir: «...privada...».

3. A la recomendación 5.^a

Añadir, al final del párrafo cuarto, el siguiente texto:

«..., máxime cuando el gasto Sanitario Público español en términos del PIB, se encuentra por debajo de la media de la Unión Europea.»

4. A la recomendación 5.^a

Añadir, un segundo párrafo nuevo en el apartado b) con el siguiente texto:

«Asimismo un incremento adicional al objeto de converger con la media europea en gasto sanitario público en los próximos 4 años.»

5. A la recomendación 6.^a

En el párrafo segundo, séptima línea, después de: «... desplazamientos de población, ...».

Añadir: «la insularidad, la dispersión geográfica, ...».

6. A la recomendación 6.^a

En el párrafo segundo, añadir al final: «...considerando el último censo de población, a fin de corresponder con la realidad poblacional».

7. A la recomendación 7.^a

Añadir un segundo párrafo nuevo con el siguiente texto:

«Las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público se registrarán por las normas que establezcan las Comunidades Autónomas, las cuales deberán aplicar criterios de Derecho Privado en la normativa referente a todos sus negocios jurídicos tales como adquisición, transmisión, sucesión, etcétera, cualquiera que sea la forma de autorización de apertura.»

8. A la recomendación 9.^a

En el apartado a), párrafo tercero, después de: «... a la información asistencial comparada», añadir: «y recurrir a una segunda opinión».

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, los diputados del Partido Democrático de la Nueva Izquierda, integrados en el Grupo Mixto, presentan el siguiente voto particular a la totalidad del Informe aprobado por la Subcomisión de modernización y reforma del Sistema Sanitario.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de octubre de 1997.—**Cristina Almeida Castro**, Diputada del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Manuel Alcazar Ramos**, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Ricardo Peralta Ortega**, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Begoña Lasagabaster Olazábal**, Portavoz del Grupo Mixto.

Voto particular al informe de la Subcomisión de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud

Más de cuarenta años de Estado del Bienestar, en nuestro caso con muchas matizaciones como consecuencia del entorno político en el que nos hemos movido, han configurado una sociedad con una serie de características a considerar desde un punto de vista sanitario: desde el envejecimiento progresivo de la población y la disminución de la natalidad a la concentración urbana de la población, la prevalencia de las drogodependencias, el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, el SIDA, las patologías derivadas del paro, la siniestralidad laboral, etcétera.

Nuestro entorno europeo elaboró distintos modelos de sistemas sanitarios, desarrollando el Estado del Bienestar, en absoluto homogéneos pero con unas características comunes: consideración de la protección de la salud como un derecho reconocido a la totalidad de los ciudadanos y responsabilidad del Estado, el financiamiento sanitario público, la tendencia a la universalización de la asistencia, la visión del sistema sanitario y de bienestar social como instrumento de redistribución, etcétera.

El Estado del Bienestar se encuentra ante una crisis de tipo financiero, de racionalidad y de legitimación. Una de las soluciones a esta crisis es una ideología y praxis política basada en el individualismo, la desigualdad como factor incentivador y, por tanto, positivo, y la libertad, en el sentido de la mínima injerencia por parte del Estado en las órbitas económica y social. Esta ideología propugna la disminución de la participación pública en el gasto sanitario, la liberalización creciente del sistema, la introducción de sistemas de copago, las limitaciones a la cobertura del sistema, etcétera.

Ante estos planteamientos, cabe formular propuestas que parten de la concepción de la salud como un derecho de la persona, considerando la salud en un sentido propio y positivo, no formulada en contraposición con la enfermedad e inseparable del bienestar social. La salud sería un instrumento para la promoción del individuo en el plano personal y social, y, en este sentido, como instrumento en el diálogo persona-naturaleza, y, por tanto, en la transformación progresiva de la sociedad.

Nuestra propuesta sanitaria configuraría pues un sistema sanitario público, financiado a partir de impuestos, gestionado públicamente, universal y gratuito en el momento del uso, centrado en el usuario y en su satisfacción como ciudadano, participativo, integrado, descentralizado, eficiente, equitativo, tomando como base la promoción de la salud, adecuado a los nuevos perfiles de morbilidad y a las necesidades de nuestra sociedad, instrumento de redistribución social.

Como consecuencia de todo ello, presentamos este voto particular por discrepar con algunos de los contenidos del documento sometido a nuestra consideración. Las discrepancias se refieren a los temas siguientes:

I. ASEGURAMIENTO

1. No se puede hablar del aseguramiento único sólo en términos de pasado y para el futuro dejarlo en función de una «redefinición». Se ha de mantener el compromiso con el aseguramiento único para el futuro. Las excepciones (MUFACE) se han de suprimir o reconocer que sólo son válidas precisamente porque son excepciones.

C) Se debe «precisar el papel de las distintas entidades...» pero sólo en el aseguramiento, no en «la provisión (...) De la asistencia sanitaria» que tales entidades de aseguramiento —se entiende que no se refiere a la única y pública que es y ha de ser la Seguridad Social— no deben prestar.

2.C) No es adecuado hablar de «financiación selectiva de prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud», ya que todas las prestaciones incluidas en el catálogo deben ser gratuitas.

3. Modificación total de este apartado.

La asistencia socio-sanitaria es una atención sanitaria que, por necesidades sociales, debe realizarse de otra forma. Entre tales atenciones necesarias están alguna que son de carácter mixto preventivo y/o curativo que pueden precisar de medidas propias del problema social y sanitario existente, medidas, como, por ejemplo, el internamiento en residencias socio-sanitarias. No se trata de segregar la atención sanitaria de la social; frecuentemente en tales casos no son diferenciables. En la medida en que se trata de atención sanitaria debe cubrir las el Sistema Nacional de Salud, público y gratuito, con los correspondientes instrumentos de control de calidad.

4. Las «fórmulas» propuestas son insuficientes para la «racionalización de la prestación farmacéutica» necesaria y posible.

Sólo habla y de forma genérica de algunas medidas. Nada se dice de la reestructuración de la distribución de medicamentos. Es necesario en este sector, suprimir el proteccionismo, modificar los canales de distribución (p.e. suministro de medicamentos y otros productos sanitarios en Centros de Salud y Hospitales) y, sobre todo, la necesaria diferenciación entre asesoramiento farmacológico a los ciudadanos y a los médicos que, evidentemente, han de realizar los farmacéuticos, y la distribución de medicamentos y otros productos sanitarios que podría

realizarse con diversidad de formas mucho más económicas manteniendo el principio de equidad de acceso.

II

5. No se aclara cómo se financiará. No se precisa que se mantendrá el financiamiento exclusivamente público.

El crecimiento del gasto NO se debe sólo a «factores exógenos a la gestión». También hay problemas de gestión, por ejemplo, la falta de exigencia de responsabilidades a los cargos públicos en los ámbitos donde se incumplan los presupuestos.

6. La equidad en la distribución territorial mediante métodos capitativos debe aplicarse también dentro de las CC. AA. Además, la inclusión de los fondos específicos para financiar los gastos por desplazados, docencia y otros no debe ser una posibilidad («pudiendo incluir»), sino una obligación («incluyendo»).

III

8. Debe ratificarse que se tratará, exclusivamente, de autonomía manteniendo el carácter público de los Centros, única garantía de control democrático.

No se habla del necesario control rígido de los niveles de cumplimiento de objetivos de salud y económico y de las limitaciones al endeudamiento como forma de centrifugar y ocultar déficits.

c) La calidad no es únicamente una cuestión de acreditación o de información para que el ciudadano elija (avance importante), ha de ser también un compromiso de las autoridades sanitarias en evaluar constantemente la calidad de los Centros sanitarios y de hacer públicas tales informaciones, lo cual seguramente implica la creación de organismos de evaluación e información de calidad de los Centros dependiente de los Parlamentos.

10. «Protagonismo de los profesionales»... El título es contradictorio. Debe apoyarse a los profesionales y facilitar su labor, pero el único y exclusivo protagonismo del Sistema sanitario lo deben tener los ciudadanos y su salud. Quienes trabajan para la salud de los ciudadanos en los Centros sanitarios, en la Administración o en la industria no deben ejercer ningún protagonismo, están al servicio de los ciudadanos.

IV

Los Ayuntamientos son los grandes olvidados, apenas se cita su papel. Los Ayuntamientos han de ser la vía efectiva y democrática de participación de los ciudadanos y son también la mejor vía para la descentralización de la gestión. Han de ser oídos también en el Consejo Interterritorial.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Consumo

De acuerdo con lo establecido en la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados, de 26 de junio de 1996, el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, presenta el siguiente voto particular al Informe aprobado por la Subcomisión de modernización del Sistema Sanitario.

Modificación del apartado d, del punto 3.

Donde dice: «Estructurar dentro de la asistencia sanitaria pública una adecuada red de centros de atención a la salud mental».

Debe decir: «Estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración, complementaria de la asistencia sanitaria pública».

Madrid, 10 de octubre de 1997.—El Portavoz, **Luis de Grandes Pascual**.

ACUERDO DE LA SUBCOMISIÓN PARA AVANZAR EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR UN MARCO FINANCIERO ESTABLE Y MODERNIZAR EL SISTEMA SANITARIO MANTENIENDO LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD EN EL ACCESO (154/000003), APROBADO A SU VEZ POR LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO EN SU SESIÓN DEL 21 DE OCTUBRE DE 1997

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 11 de junio de 1996, acordó, con motivo de una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura.

Tras un amplio período de tiempo, en el que se han sucedido numerosas comparecencias y se han desarrollado, al hilo de las mismas, debates internos entre sus miembros, la Subcomisión ha acordado elevar al Pleno de la Cámara, para su debate y aprobación definitiva, las propuestas que a continuación se recogen.

Estas propuestas se articulan en torno a los cuatro grandes capítulos sobre los que se ha centrado el trabajo de la Subcomisión, esto es (I) aseguramiento y prestaciones, (II) financiación, (III) organización y gestión y (IV) coordinación territorial. Las propuestas, que adoptan la forma de trece recomendaciones generales, desarrolladas, a su vez, en una serie de medidas concretas, son las siguientes:

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias.

3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria.
4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.

II. FINANCIACIÓN SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable.
6. Garantizar la suficiencia financiera y la equidad territorial.

III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema sanitario a las necesidades de salud.
8. Impulsar la autonomía de gestión.
9. Atender las preferencias de los usuarios.
10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.

IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial.
12. Promover la cooperación y la coordinación territorial.
13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal

El sistema sanitario público, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, es un importante elemento de justicia redistributiva y de cohesión social que se ha de consolidar atendiendo a los principios básicos de universalidad, equidad, solidaridad y aseguramiento público y único.

La Subcomisión manifiesta la necesidad de redefinir y consolidar el aseguramiento sanitario público como mecanismo de cobertura social frente al riesgo ordinario de los ciudadanos en relación con su salud, mediante la reforma legal adecuada, que permita:

a) Fijar los contenidos y el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo, y garantizar tanto la igualdad del contenido del derecho de cada uno de los ciudadanos, sin que existan discriminaciones por razones personales, profesionales o territoriales, como el acceso equitativo a sus contenidos materiales.

b) Llevar a cabo la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, extendiéndolo a todos los grupos sociales, y desvinculándolo de los regímenes de afiliación de la Seguridad Social.

c) Precisar —en el marco del aseguramiento público— el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y de la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes.

d) Habilitar instrumentos efectivos de acreditación individual sanitaria (tarjeta sanitaria personal), estableciendo mecanismos de identificación compatibles en todo el Sistema Nacional de Salud, y conferir a las Administraciones sanitarias las funciones que actualmente se desarrollan en el marco de la Seguridad Social en materias relacionadas con el aseguramiento sanitario y la asistencia a ciudadanos extranjeros sujetos a convenios internacionales en materia sanitaria.

2. Garantizar las prestaciones sanitarias

La Subcomisión considera necesario profundizar en la estrategia de ordenación normativa de las prestaciones, concebida como un elemento fundamental de determinación de los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

La ordenación de prestaciones ha de ser más que un mandato normativo fijo en el tiempo, un proceso participativo y dinámico que defina los contenidos y las garantías de la asistencia sanitaria, y contribuya a racionalizar la oferta asistencial.

La ordenación de prestaciones deberá realizarse por ley, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que determine, entre otros, los siguientes contenidos:

a) Las competencias de ordenación de manera que, en el nivel central, y previo acuerdo del Consejo Interterritorial, se fijará el catálogo de prestaciones comunes en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y expresamente se detallarán las prestaciones asociadas a nuevas tecnologías, las ligadas a facturación entre servicios, y aquéllas cuya indefinición pudiese generar graves desigualdades en su utilización. Las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias plenas podrán complementar este catálogo estableciendo prestaciones adicionales con cargo a sus fondos propios.

b) Las garantías básicas de las prestaciones relativas a equidad en el acceso, libre elección, información, derechos de reclamación y reintegro, calidad y tiempos de espera.

c) La financiación selectiva de prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, que deberán diferenciarse según criterios de necesidad, utilidad asistencial y social, y coste/efectividad.

En todo caso la incorporación de nuevas prestaciones se vinculará a fondos específicos, como garantía futura de suficiencia financiera.

La Subcomisión estima que deben elaborarse y ponerse a disposición de los ciudadanos unas Cartas de Servicios sanitarios que traduzcan a un lenguaje no tecnificado los contenidos de los catálogos de prestaciones.

Las Cartas deberán precisar cuáles son las prestaciones a que tiene derecho el usuario y qué mecanismos pueden arbitrarse para exigir las; con ello se conseguirán nuevas prácticas de información y transparencia, que evitarán errores en la práctica de las prestaciones y clarificarán objetivos de calidad en relación a las mismas.

Los usuarios deberán participar en la confección de las Cartas, a fin de desarrollar su papel propio en la selección de los servicios.

En el ámbito de la ordenación de prestaciones la Subcomisión recomienda al Consejo Interterritorial el establecimiento de un programa de evaluación de tecnologías sanitarias que defina, con carácter anual, las prioridades que se han de seguir sobre esta última cuestión.

Este programa se hará efectivo contando con la participación de los diferentes organismos o agencias de evaluación de tecnologías sanitarias dependientes de las distintas Administraciones competentes. A este respecto, es necesario recabar también la colaboración de las sociedades científicas que agrupan a los profesionales especialistas en cada materia.

Las tecnologías en proceso de evaluación se considerarán en fase de experimentación, financiándose por vías alternativas a la de la atención sanitaria, en concepto de investigación clínica.

En cuanto a la garantía de los tiempos de espera, la Subcomisión recomienda la constitución, en el seno del Consejo Interterritorial, de una comisión de prioridades, encargada de indicar, para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se consideren prioritarios —por resolver o paliar situaciones de incapacidad, de especial gravedad y/o urgencia, o condicionar graves penalidades o sufrimientos—, tiempos máximos de espera, superados los cuales, el paciente tendrá derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente Servicio de Salud/Insalud.

3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria

Ante los significativos cambios demográficos —derivados del aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad—, y los patrones de morbilidad que se observan en España, la Subcomisión considera necesario impulsar, en coordinación con los responsables de la política social, iniciativas para la asistencia sociosanitaria, que, entre otras se concretan en:

a) Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social. La Subcomisión recomienda la fijación, por ley, de los criterios de diferenciación, considerando sociales —y no sanitarias— aquellas prestaciones que supongan la sustitución o colaboración del apoyo familiar y/o en el autocuidado, las de carácter residencial, y las paliativas de dificultades económicas.

b) Promover el desarrollo de una red de asistencia sociosanitaria específica que, bajo los principios de descentralización administrativa, participación social y contribución económica de los usuarios a la asistencia —en función de la capacidad económica y del tipo de asistencia que se preste— está dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto, y de media y larga estancia, y fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales de acogida familiar y ayuda a domicilio.

c) Coordinar a las Administraciones sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de esta red socio-sanitaria.

d) Estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración, complementaria de la asistencia pública.

La Subcomisión entiende necesario involucrar a la sociedad, en su conjunto, y a las familias, en particular, en la atención sociosanitaria. En este sentido, la Subcomisión insta al Gobierno a:

e) promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social,

f) fomentar la iniciativa social en el sector —mediante la apertura de líneas de créditos blandos para infraestructuras, planificación de la intervención pública y apoyo a la gestión de los centros—, y

g) reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos.

4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica

Como respuesta al elevado ritmo de crecimiento del coste de la prestación farmacéutica, que representa aproximadamente una quinta parte del gasto sanitario total, la Subcomisión considera necesaria la implantación de nuevos instrumentos de racionalización y control de la prestación farmacéutica, que, manteniendo sus altos niveles de calidad y accesibilidad, hagan partícipe de la evolución de la misma a todos los sectores y agentes implicados, incluidos los usuarios, y que se orienten, entre otros, hacia los siguientes objetivos:

a) Establecer la progresiva separación entre registro y financiación por el Sistema Nacional de Salud de las nuevas especialidades farmacéuticas y regular la posibilidad de financiación selectiva —en algunos medicamentos— tan sólo de determinadas indicaciones.

b) Promover los medicamentos genéricos e implantar precios de referencia. En esta línea, además de regular el régimen de registro y autorización de medicamentos genéricos, se habrán de impulsar las autorizaciones administrativas de estas especialidades y promover su implantación en los hábitos de prescripción y dispensación del sistema.

Todo ello debe hacerse velando para mantener el equilibrio que haga posible la inversión a los laboratorios que desarrollan patentes, ya que estas empresas son las principales protagonistas en la investigación de nuevos medicamentos, que las Administraciones sanitarias deben fomentar.

c) Mejorar los instrumentos de gestión de la prestación, especialmente, mediante la identificación de los datos del paciente y la mecanización de los mismos en la facturación de las recetas, y la mayor participación de los profesionales, que han de contar con una información rigurosa sobre medicamentos y con incentivos e instrumentos de gestión tales como el establecimiento de presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial, entre otros.

La Subcomisión recomienda al Gobierno, asimismo, que promueva la modificación de la Ley del Medicamen-

to, regulando la facultad de sustitución de especialidades por los farmacéuticos, teniendo en cuenta los precios de referencia y la libertad de prescripción facultativa sobre principios activos y no sobre especialidades, a fin de que las Administraciones Sanitarias dispongan de instrumentos adecuados para aplicar la política de medicamentos genéricos y precios de referencia que establezca el Gobierno.

La Subcomisión estima necesario promover una mayor participación de las Oficinas de Farmacia en las actividades sanitarias complementarias de sus zonas de salud respectivas, y un mayor compromiso de las mismas en los programas de uso racional del medicamento y control del gasto correspondiente.

Por último, por lo que se refiere a la participación de las Oficinas de Farmacia en el coste de la prestación, la Subcomisión estima que los márgenes del sector de Oficinas de Farmacia deberían, en el futuro, escalonarse según el precio del medicamento, tendiendo a fijar —con la participación del sector— dentro de estos márgenes una cuantía atribuible al acto profesional de la dispensación.

II. FINANCIACIÓN SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable

La elevada tasa de crecimiento del gasto sanitario es un motivo de grave preocupación en España y en otros países occidentales por la dificultad de adaptar la capacidad de financiación pública al crecimiento del propio gasto sanitario.

Por una parte, el control del crecimiento del gasto exige la adopción de mejoras en la gestión de los recursos destinados a Sanidad. Por otra parte, el crecimiento del gasto se debe a factores exógenos a la gestión, tales como el envejecimiento de la población, cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, crecimiento de las expectativas de los ciudadanos en cuanto a las prestaciones sanitarias y demanda de cuidados sanitarios y mayores posibilidades de curación, incorporación de nuevas tecnologías que no siempre tienen carácter sustitutivo, entre otros.

Estas presiones estructurales sobre el gasto sanitario exigen la adopción de medidas igualmente estructurales para hacer viable financieramente el sistema sanitario público a largo plazo. Estas medidas revisten una especial importancia en un contexto de interdependencia económica en el plano internacional que, en nuestro caso, se concreta en la necesidad de cumplir los criterios de convergencia establecidos en el Tratado de Maastricht. Sin embargo, la convergencia con Europa debe atender, no sólo a los indicadores económicos, sino también a la necesidad de equiparación en términos de bienestar y de cohesión social.

En consecuencia, tanto desde el punto de vista de creación de empleo, dinamización de la economía y racionalidad en la cobertura financiera del gasto público, como desde el punto de vista de su contribución a la cohesión social y a la salud de la población, es necesario dotar al presupuesto sanitario con cifras realistas que cubran la financiación de las prestaciones y servicios que ofrece el sistema sanitario.

En este contexto, la Subcomisión considera necesario:

a) Establecer una base presupuestaria adecuada y realista, tanto como punto de partida para el próximo cuatrienio como en lo relativo a los criterios de crecimiento interanual. En virtud de la mayor dotación de esta nueva base financiera —proporcional a las necesidades presentes y realista de cara a la evolución futura— el Presupuesto sanitario, a lo largo del próximo cuatrienio, experimentará un incremento en términos de su participación en el PIB nominal.

b) Instar al Gobierno para que en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, con anterioridad a la aprobación del nuevo Acuerdo financiero para el cuatrienio 1998-2001 y a partir de las propuestas iniciales expuestas por el Gobierno, se determinen los recursos adicionales a aportar al Sistema Nacional de Salud en el ejercicio de 1998 y siguientes, para alcanzar una base presupuestaria adecuada y realista, y, en su caso, las fuentes de financiación que procedan.

c) Hacer explícitas las fuentes de financiación de las variaciones de gasto, con carácter previo a la adopción de cualquier medida de definición de nuevas coberturas y prestaciones con el fin de evitar, en el futuro, la conculcación del principio de suficiencia financiera.

6. Garantizar la suficiencia y la equidad en la distribución territorial

El Acuerdo de financiación vigente (1994-1997), siguiendo lo establecido en la Ley General de Sanidad, contempla un reparto basado en el criterio de población protegida, tomando como referencia la población de derecho del censo de marzo de 1991, a la que se resta el número de personas integradas en los colectivos del mutualismo administrativo que reciben asistencia sanitaria a través de entidades de seguro libre.

Cualquier esquema de financiación ordinaria sin un núcleo capitativo tiene difícil justificación teórica en un servicio asistencial que se reconoce universal. Por lo tanto y con independencia de cualquier otro criterio que pudiera estimarse conveniente para contemplar las diferencias de coste entre Comunidades Autónomas (la estructura demográfica, los desplazamientos de población, la insularidad o la dispersión geográfica, por ejemplo), el modelo de financiación territorial debe mantener como núcleo básico el criterio de población protegida, considerando las modificaciones del último padrón, a fin de corresponder con la realidad poblacional.

Por otra parte, el nuevo Acuerdo de financiación deberá adaptarse al horizonte, necesariamente cercano, de cierre del modelo asistencial recogido en la Ley General de Sanidad. Así, la distribución territorial de recursos debe contemplar y hacer posible las transferencias pendientes, y considerar a largo plazo la integración y homologación progresiva de la sanidad en la financiación autonómica.

Teniendo en cuenta estas orientaciones generales, la Subcomisión acuerda:

a) Emplazar a las autoridades financieras del Estado y de las Comunidades Autónomas, y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a abordar de inmediato las bases de un nuevo Acuerdo de financiación cuatrienal para el período 1998/2001, en el cual, respetando los principios de suficiencia y estabilidad financiera, se deberán establecer instrumentos para lograr una mayor disciplina presupuestaria.

b) Mantener, en el nuevo modelo de financiación para el próximo cuatrienio, el criterio de capitación como regla de distribución, perfeccionado, en su caso, por otros criterios, pudiendo incluir fondos específicos para financiar los gastos por desplazados, docencia u otros factores que determinan la variabilidad de costes entre Comunidades Autónomas.

En todo caso, continuará siendo de aplicación para las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra lo previsto en la Disposición Adicional Primera de la Ley General de Sanidad.

c) Instar al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante el período de vigencia del nuevo Acuerdo, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica, sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal.

III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema a las necesidades de salud

La Subcomisión es consciente de las presiones a que están sometidas las organizaciones sanitarias y de la necesidad de modernización y flexibilización del sistema. En este sentido considera necesario orientar la provisión de servicios a las necesidades de salud reales y prioritarias de la sociedad, a partir de la identificación de las mismas, mediante los planes de salud de cada Comunidad Autónoma.

8. Impulsar la autonomía de gestión

La modernización organizativa del Sistema Nacional de Salud exige racionalizar los programas de gasto sanitario público, adoptar modos organizativos y sistemas de pago que fomenten la eficiencia y la responsabilización sobre actuaciones y resultados, y procurar altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. En esta dirección, la Subcomisión recomienda:

a) Proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión, y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras.

b) Facilitar la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia organizativa de las Comunida-

des Autónomas, la definición de unas características comunes de la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan.

Estas características propias de las organizaciones sanitarias públicas deben permitir compatibilizar el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público (en materia de equidad en el acceso de los usuarios a los servicios y garantías en la prestación de los mismos, régimen presupuestario y económico-financiero, control patrimonial y régimen de personal) con la aplicación de mayores cotas de autonomía (dotación de órganos de gobierno propios, vinculación de los ingresos mediante contratos de los servicios, gestión de flujos de tesorería y capacidad de autoorganización, entre otros).

c) Controlar la calidad en la asistencia e impulsar su mejora continua, a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, respetando el marco competencial vigente en la materia. La acreditación debe permitir verificar el cumplimiento por parte de cada institución de un conjunto de requisitos previamente establecidos.

d) Impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentado a través del control y evaluación de los resultados obtenidos.

9. Atender las preferencias de los usuarios

El Sistema Nacional de Salud debe acomodar las crecientes expectativas de soberanía individual y participación que acompañan al desarrollo económico, social y cultural, otorgando a los ciudadanos un mayor protagonismo del que disfrutaban en la actualidad y promoviendo una organización de los procesos asistenciales —en sus vertientes técnica, y de servicio y confort— más acorde con sus preferencias. La Subcomisión estima necesario:

a) Profundizar en los esfuerzos ya iniciados para reconocer el derecho a la elección de proveedor, y acometer las reformas organizativas que lo hagan efectivo (tanto en lo que afecta al paciente como a la financiación de las instituciones sanitarias).

A este respecto, deberán modificarse las disposiciones de la Ley General de Sanidad, para establecer la libre elección de médico y centro, ambas con las limitaciones que la organización de los Servicios imponga y referidas al ámbito de los Servicios de Salud correspondientes.

Asimismo, se deberá regular el derecho a la información asistencial comparada y establecer, a este fin, la información sobre calidad asistencial que estarán obligadas a aportar las instituciones sanitarias como derecho del usuario y requisito para la provisión de la asistencia sanitaria en el sector público.

b) Lograr una mayor participación social en todas las instituciones asistenciales del sistema, fomentando los movimientos asociativos y del voluntariado, impulsando

las comisiones de participación ciudadana, y mejorando los procedimientos de información y de reclamación.

10. Potenciar el protagonismo de los profesionales

Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Su motivación y compromiso con la gestión son, sin lugar a dudas, retos históricos pendientes de resolver en el sistema público.

Dos factores pueden considerarse el origen de esa situación: la falta de un adecuado sistema de incentivos y la burocratización y rigidez de las relaciones profesionales. Para abordar la resolución de este problema, la Subcomisión considera imprescindible el establecimiento, por ley básica, de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario de los servicios de salud.

Respetando las competencias en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas es preciso abordar un nuevo régimen de personal compatible con la autonomía de gestión de los centros, al objeto de alcanzar los siguientes fines:

a) Regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un Estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las Comunidades Autónomas.

b) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional en el plano de las organizaciones proveedoras y garantizando con criterios objetivos la calidad de los servicios y el mantenimiento permanente de la motivación personal.

c) Flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad, y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros.

d) Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones, y promover soluciones legales para el ajuste por los centros de las mismas y regular la negociación colectiva a nivel de centro, bajo pautas comunes a todo el sistema, por lo que se refiere al volumen total de empleo en el sector y a las condiciones salariales básicas.

e) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.

En el ámbito de la regulación de las profesiones sanitarias, la Subcomisión considera conveniente:

f) Promover, por ley, una ordenación específica de las profesiones sanitarias con amplia participación de colegios, sociedades científicas y asociaciones profesionales.

g) Instar al Gobierno a resolver urgentemente el problema de las titulaciones pendientes así como adecuar las especialidades sanitarias a las necesidades asistenciales, profundizando en el sistema de formación especializada (residencia), a través de criterios de troncalidad dando paso a especialidades emergentes, y promoviendo las áreas de capacitación específica. Las Comunidades Autónomas

deben participar en este proceso de forma efectiva, en el seno del Consejo Interterritorial.

IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial

La implantación efectiva del modelo sanitario de la Ley General de Sanidad exige la definitiva transferencia de la gestión de la asistencia de la Seguridad Social, y su red de centros, a todas las Comunidades Autónomas. La Subcomisión considera necesario dar un impulso político que cierre el modelo de descentralización territorial, transfiriendo la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución, y promoviendo un pacto con las corporaciones locales para que éstas asuman en el futuro un mayor protagonismo asistencial.

Con tales objetivos en perspectiva, la Subcomisión propone:

a) Promover las iniciativas institucionales que sean necesarias para equiparar las competencias de las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución en materia de asistencia sanitaria.

b) Hacer efectivos los traspasos de los servicios del Insalud, fijando un plazo para el cierre final del modelo sanitario territorial.

c) Desarrollar, mediante el acuerdo interinstitucional que corresponda, una mayor presencia en la actividad asistencial de las corporaciones locales.

La Subcomisión considera que los procesos de descentralización sanitaria no deben limitarse a la transferencia de la red asistencial actualmente gestionada por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. Es preciso, además, que el impulso a la descentralización administrativa se lleve a cabo también en el ámbito de cada una de las Comunidades Autónomas, en un proceso abierto de participación local y social y de autonomía creciente de las instituciones en la toma de decisiones que les conciernen.

12. Promover la cooperación y coordinación territorial

La culminación del proceso de transferencias debe permitir una reconsideración a fondo del ejercicio efectivo de la función de coordinación del sistema que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. En un escenario de plena descentralización la dirección del Sistema Nacional de Salud ha de desarrollarse fundamentalmente en la búsqueda del consenso y la participación de las Comunidades Autónomas. Estas, a su vez, han de contribuir al mantenimiento de la identidad común del sistema de acuerdo a los principios de lealtad institucional y cooperación recíproca.

Con ese objetivo, el Ministerio deberá potenciar el desarrollo de sus funciones de coordinación principalmente a través del Consejo Interterritorial, más por la vía de generación de valor como unidad central y arbitral del

sistema, que a través del ejercicio unilateral de su posición jerárquica o de sus competencias privativas.

El cierre del modelo territorial obliga no sólo al Estado sino a todos los agentes del sistema sanitario a avanzar en la configuración de un Sistema Nacional de Salud que, sin perjuicio de la autonomía de gestión de las Comunidades Autónomas, garantice unos elementos básicos comunes: financiación, planificación integrada e información recíproca.

En este sentido, la Subcomisión considera necesario, al margen de las iniciativas específicas de coordinación recogidas en los capítulos anteriores, abordar los siguientes retos:

a) Perfilar el contenido de la función financiera, especialmente en lo que se refiere, a la definición de criterios de financiación de la sanidad pública y al establecimiento de los sistemas de información y estadísticas económico-sanitarias comunes.

b) Poner en marcha, en el seno del Consejo Interterritorial, instrumentos de coordinación normativa entre el Estado y las Comunidades Autónomas para el desarrollo jurídico armónico de los aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud.

c) Renovar, bajo las directrices del Consejo Interterritorial, los contenidos de la planificación integrada y dotar de medios específicos a la misma, así como potenciar los programas sectoriales conjuntos, orientando estas actividades hacia nuevos enfoques en materia de salud pública, mediante iniciativas compensatorias y actuaciones conjuntas sobre los grupos sociales más vulnerables y los mayores factores de riesgo.

d) Definir el modelo central de información, con participación, financiación y control común, de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas.

e) Redefinir la Alta Inspección Sanitaria, que deberá ser fundamentalmente el instrumento específico de garantía de la equidad en el acceso a las prestaciones y de la inexistencia de discriminaciones, instando al Gobierno a que regule reglamentariamente el ejercicio de sus funciones, de acuerdo a las directrices del Consejo Interterritorial.

La Subcomisión sugiere al Gobierno que aborde, en el seno del Consejo Interterritorial, nuevas iniciativas para el desarrollo del mandato constitucional de “coordinación general de la Sanidad”, entre otros sectores, en materia de aseguramiento, política de personal, acreditación y evaluación, ordenación de prestaciones, investigación científico-técnica, y, especialmente, en salud pública.

La Subcomisión parlamentaria sugiere al Gobierno avanzar en la encomienda a las Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito territorial respectivo, de la prestación de los servicios y el desempeño de las actuaciones ejecutivas y de inspección y control que en materia sanitaria corresponden al Estado con el fin de optimizar los recursos y conferir mayor eficiencia al sistema.

13. Reforzar el Consejo Interterritorial

La descentralización del sistema sanitario y los avances en la cooperación y coordinación territorial requieren

un reforzamiento del papel del Consejo Interterritorial en el futuro. En esa línea será necesario promover, mediante la iniciativa legislativa y la acción política, un importante salto cualitativo en la configuración de las funciones y en la capacidad de aunar voluntades que ha de corresponder al Consejo, cuya función, como órgano de intercambio, de información recíproca y de puesta en común ha de incrementarse en el futuro.

La Subcomisión manifiesta, pues, la necesidad de fortalecer el papel de este órgano como el instrumento esencial de vertebración del sistema sanitario.

En este espíritu, las iniciativas fundamentales que deberán abordarse, mediante las reformas legales o institucionales que correspondan, son las siguientes:

a) Revisar su naturaleza jurídica y configuración administrativa, otorgándole mayores facultades de decisión, y ampliar sus funciones como órgano a través del cual se ha de instrumentar, preferentemente, la fijación de las bases —sin perjuicio de su formal establecimiento por ley—, la coordinación general sanitaria y los criterios generales de la Alta Inspección.

b) Modificar su composición, suprimiendo su carácter paritario, y establecer un nuevo régimen de acuerdos, —incluida la posibilidad de introducir el voto ponderado según los casos— que vincule de un modo más operativo a todos sus miembros, utilizando, entre otros instrumentos, la figura de los Convenios de Conferencia Sectorial.

c) Promover la participación en el Consejo de los diferentes agentes que concurren en el sistema sanitario (organizaciones sindicales y empresariales, de consumidores y usuarios, corporaciones profesionales sanitarias, universidades y entidades científicas) mediante la modificación, por ley, del Comité Consultivo.

d) Y, por último, dotar al Consejo Interterritorial y a todos sus órganos de una estructura de soporte operativa que cuente con los medios personales y materiales necesarios para el desarrollo de sus cometidos y el seguimiento de sus acuerdos.

Es voluntad de los grupos parlamentarios firmantes de este Acuerdo que las iniciativas y las medidas que aquí se proponen propicien el más amplio consenso institucional posible, en el mismo espíritu que ha inspirado, recientemente, los pactos parlamentarios y sociales de pensiones y empleo.

El objetivo de los trabajos de esta Subcomisión no ha sido otro que el de favorecer un clima de entendimiento entre todos los grupos parlamentarios —representantes de la soberanía popular— a fin de superar confrontaciones partidistas sobre el futuro de la sanidad, evitando que se transmita a la población inquietud alguna sobre el mantenimiento de los niveles alcanzados en la asistencia sanitaria española.

Estas propuestas, que habrán de ser consideradas y debatidas en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados —y para las que los integrantes de esta Subcomisión solicitan el apoyo de los restantes grupos parlamentarios presentes en la citada Comisión—, pretende ser un programa realista de futuro que ha de inspirar la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud, elemento fundamental de justicia y cohesión

social, cuyos principios de aseguramiento, financiación, organización y gestión, y cuyo modelo territorial deben consolidarse y modernizarse con el apoyo de todos los agentes y grupos sociales, la participación de los profesionales y de la ciudadanía, como seña de identidad común de nuestro Estado democrático y autonómico de derecho.

Palacio del Congreso de los Diputados, 21 de octubre de 1997.—El Presidente de la Comisión, **Feliciano Blázquez Sánchez**.—La Secretaria de la Comisión, **Blanca García Manzanares**.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 117 del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, mantener para su debate en Pleno el voto particular a las conclusiones de la Subcomisión para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario Público manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso (núm. expte. 154/000003).

Palacio del Congreso de los Diputados, 22 de octubre de 1997.—El Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, **Jesús Caldera Sánchez-Capitán**.

Al Presidente del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo dispuesto en el artículo 117 del Reglamento de la Cámara, se comunica el mantenimiento, para su defensa en el Pleno, del voto particular presentado al Informe de la Subcomisión para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud (núm. expte. 154/000003).

Palacio del Congreso de los Diputados, 21 de octubre de 1997.—**Cristina Almeida Castro**, Diputada del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Manuel Alca-**

raz Ramos, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Ricardo Peralta Ortega**, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Begoña Lasagabaster Olazábal**, Portavoz del Grupo Mixto.

A la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados

Por medio del presente escrito, ante la imposibilidad sobrevenida de asistir a la sesión de esa Comisión que se celebrará el martes 21 de octubre de 1997, se solicita que se tenga por defendido y mantenido en su totalidad el voto particular presentado por la diputada y los diputados del Partido Democrático de la Nueva Izquierda, integrados en el Grupo Mixto, al Informe de la Subcomisión para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud (núm. expte. 154/000003), a los efectos de su votación en dicha sesión y, en su caso, de lo dispuesto en el artículo 117 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 20 de octubre de 1997.—**Cristina Almeida Castro**, Diputada del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Manuel Alca-raz Ramos**, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Ricardo Peralta Ortega**, Diputado del Partido Democrático de la Nueva Izquierda.—**Begoña Lasagabaster Olazábal**, Portavoz del Grupo Mixto.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, al amparo de lo establecido en el Reglamento del Congreso, mantiene para su defensa ante el Pleno de la Cámara, los votos particulares presentados por este Grupo al texto de la Subcomisión de modernización y reforma del Sistema Sanitario, los cuales fueron votados y rechazados por la Comisión.

Madrid, 23 de octubre de 1997.—El Portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, **José Carlos Mauricio Rodríguez**.