



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1996

VI Legislatura

Núm. 23

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTE: DON FELICIANO BLAZQUEZ SANCHEZ

Sesión núm. 2

celebrada el miércoles, 12 de junio de 1996

Página

ORDEN DEL DIA:

Aprobación de la delegación en favor de la Mesa, a la que hace referencia la Resolución de la Presidencia de la Cámara, de 2 de noviembre de 1983, de las facultades previstas en el artículo 44 del Reglamento del Congreso de los Diputados. (Número de expediente 042/000004)	280
Aprobación de la celebración de las comparecencias del Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría). A propuesta de la Mesa de la Comisión, acordada en su reunión del día 29-5-96. (Números de expediente 213/000006 y 213/000023)	280
Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), para informar de las previsiones y líneas generales a desarrollar en su Departamento. A solicitud del Grupo Socialista. (Número de expediente 213/000006)	280
Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), para dar a conocer las líneas generales y proyectos a desarrollar por su Departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. (Número de expediente 213/000023)	280
Comparecencia, a petición propia, del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), para informar sobre las líneas generales de la política de su Departamento. (Número de expediente 214/000013) ...	280

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

- **APROBACION, EN SU CASO, DE LA DELEGACION EN FAVOR DE LA MESA, A LA QUE HACE REFERENCIA LA RESOLUCION DE LA PRESIDENCIA DE LA CAMARA, DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983, DE LAS FACULTADES PREVISTAS EN EL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (Número de expediente 042/000004.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señoras y señores Diputados, buenos días.

Damos comienzo a la primera sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo durante este período de sesiones.

El punto primero del orden del día, como conocen SS. SS., es la aprobación, en su caso, de la delegación en favor de la Mesa a que hace referencia la resolución de la Presidencia de la Cámara, de 2 de noviembre de 1983, de las facultades previstas en el artículo 44 del Reglamento del Congreso de los Diputados.

Respecto a ese tema, esta Presidencia somete al Pleno de la Comisión la propuesta que aprobamos en la reunión que tuvo la Mesa el día 29 de mayo de 1996 y la someto a consideración de la Comisión en los términos siguientes: Solicitar a la Comisión que delegue en la Mesa el ejercicio de las facultades establecidas en el artículo 44 del Reglamento. Si no existiese unanimidad en la Mesa, la decisión final, como no puede ser de otra manera, la tendría siempre y en cualquier caso la Comisión.

¿Están de acuerdo SS. SS. en la delegación de estas competencias? **(Asentimiento.)**

Muchas gracias.

- **APROBACION DE LA CELEBRACION DE LAS COMPARECENCIAS DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO NUMEROS DE EXPEDIENTES 213/000006 Y 213/000023. A PROPUESTA DE LA MESA DE LA COMISION, ACORDADA EN SU REUNION DEL DIA 29 DE MAYO DE 1996.**

El señor **PRESIDENTE**: Como punto segundo del orden del día, al no estar delegadas estas facultades en la Mesa, someto a la aprobación de la Comisión las comparecencias solicitadas por los Grupos Parlamentarios Socialista e Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, sobre la comparecencia de don José Manuel Romay Beccaría para informar de las previsiones y líneas generales a desarrollar en su departamento.

¿Se aprueba este orden del día? **(Asentimiento.)**

Gracias.

COMPARECENCIAS:

- **DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, DON JOSE MANUEL ROMAY BECCARIA,**

PARA INFORMAR DE LAS PREVISIONES Y LINEAS GENERALES A DESARROLLAR EN SU DEPARTAMENTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000006.)

- **DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA DAR A CONOCER LAS LINEAS GENERALES Y PROYECTOS A DESARROLLAR POR SU DEPARTAMENTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 213/000023.)**

- **DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, A PETICION PROPIA, PARA INFORMAR SOBRE LAS LINEAS GENERALES DE LA POLITICA DE SU DEPARTAMENTO. (Número de expediente 214/000013.)**

El señor **PRESIDENTE**: Sin más preámbulos, pasamos al tercer punto del orden del día que, como conocen SS. SS., es el relativo a las comparecencias citadas anteriormente, así como la comparecencia solicitada por el Gobierno y por el Ministro a petición propia.

Damos la bienvenida a don José Manuel Romay Beccaría, Ministro de Sanidad y Consumo, a quien invito a ocupar su puesto en la Mesa e iniciar la comparecencia. **(Pausa.)**

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo, don José Manuel Romay Beccaría.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Agradezco mucho la cordial acogida que se me dispensa en esta Comisión del Congreso de los Diputados, ante la que comparezco por primera vez y a la que expreso mis respetos y mi disposición, como no podía ser de otra manera, al diálogo y a la colaboración más constructiva.

Señor Presidente, señoras y señores Diputados, para mí ésta es una comparecencia querida y, a la vez, obligada. Obligada por quien asume la responsabilidad de hacerse cargo de una gestión que va a afectar a aspectos de algo tan importante como la salud y la enfermedad de los españoles y debe expresar ante los representantes legítimos de nuestro pueblo lo que piensa hacer con el poder y los recursos que le son otorgados. Pero es, también, una comparecencia deseada personalmente, porque en una sociedad moderna e informada los Parlamentos no sólo son el ámbito donde se elaboran las leyes, donde se producen actos de la máxima trascendencia constitucional, sino también una excepcional caja de resonancia; son la primera instancia, el lugar donde debe encontrar eco lo que se realiza en el silencio de los despachos para llegar después a toda la sociedad.

Quiero que lo que anuncie hoy aquí, al comienzo de la gestión, llegue también a los lugares que son realmente beneficiarios de la gestión, a las calles, a los quirófanos, a los consultorios llenos de gente —en ocasiones más de los que todos deseáramos—, a los centros rurales, a los enfermos

que están siendo tratados, etcétera. Que llegue como un mensaje de que nos vamos a esforzar por mejorar un servicio tan importante como es el sanitario, porque si no se trata de eso, no valdría la pena que estuviéramos aquí.

Antes de entrar en el desarrollo de mi intervención quiero hacer dos precisiones metodológicas. La primera se refiere a la doble condición que concurre —transitoriamente, es cierto— en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por una parte, es el titular de competencias estatales y de un papel nuclear en el Sistema Nacional de Salud; pero, además, es circunstancialmente el máximo responsable de la asistencia sanitaria que se presta desde el Insalud en las comunidades autónomas —en este momento son diez— que no han recibido las transferencias de estos servicios.

La segunda precisión metodológica sería que, como norma general, trataremos de identificar los problemas, cuantificarlos en la medida de lo posible y, después diseñar las medidas necesarias, organizativas o directamente operativas, que reduzcan el impacto de los problemas detectados.

¿Cómo vemos el papel del ministerio en el Sistema Nacional de Salud? España optó por un sistema descentralizado de asistencia sanitaria. A pesar de que los procesos transferenciales no hayan concluido, lo cierto es que la organización sanitaria de nuestro país se configura como un Sistema Nacional de Salud que es el conjunto de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas. Este planteamiento implica tanto que situamos como uno de nuestros objetivos el diseño de lo que finalmente ha de ser el ministerio en este Sistema Nacional de Salud totalmente descentralizado en lo que a la atención sanitaria se refiere. No es éste un objetivo hacia el que podamos encaminarnos solos; la legitimidad de la autoridad sanitaria estatal nacerá del acuerdo acerca del papel que le ha de corresponder. En este sentido, solicitamos la colaboración de los departamentos de sanidad de las comunidades autónomas para constituir una organización coherente y equilibrada.

El Ministerio de Sanidad, como financiador en último extremo del Sistema Nacional de Salud, trabajará conjuntamente con las comunidades autónomas en el marco de financiación que debe servir para garantizar la suficiencia de las comunidades para atender a su población con todas sus especificidades, pero sin olvidar, porque estamos obligados a ello, la racionalidad que debe presidir la oferta de servicios, especialmente los de alta tecnología, en el conjunto del país. Es básico resolver definitivamente el modelo de financiación del sistema sanitario para que puedan elaborarse unos presupuestos reales, suficientes, equitativos y solidarios. Igual que en el caso anterior, el consejo interterritorial debe ser el foro donde inicialmente se debata esta cuestión. La ponencia que se constituyó ayer mismo en el Congreso sin duda deberá afrontar este mismo tipo de problemas.

Este nuevo y necesario papel de financiador en último extremo del Sistema Nacional de Salud determina que el ministerio debe tener como misión fundamental establecer las grandes prioridades nacionales de la política sanitaria, buscando también activamente el acuerdo de las comunidades. A mi juicio, el Gobierno central también debe ac-

tuar como promotor del marco normativo, capaz de propiciar las reformas que han de llevarse a cabo en las diferentes comunidades y eventualmente por la Administración central en el territorio que el Insalud conserva competencias, siempre respetando las peculiaridades organizativas que las comunidades planteen en el ejercicio de sus competencias.

Asimismo, el Gobierno se propone actuar con la mayor flexibilidad sobre la normativa estatal para evitar que dificulte una verdadera descentralización y autonomía de gestión de los diferentes servicios de salud de las nacionalidades y regiones. Difícilmente puede avanzarse en lo expuesto con anterioridad si ello no es así.

Por lo demás, la normativa estatal debe reservarse para determinar con el mayor consenso posible qué debe hacerse en Sanidad y los recursos que han de soportar esa decisión, así como garantizar la defensa de los principios básicos de equidad y universalidad. En ningún caso debe interferir en cómo desarrolla cada comunidad sus competencias en organización ni menos, por supuesto, constituirse en un molde rígido que impida toda evolución.

Como resumen de todo lo dicho en este punto concreto, quiero asumir el compromiso de dedicar el mayor esfuerzo en esta primera etapa para culminar el proceso de definición del papel del ministerio como elemento central del Sistema Nacional de Salud, así como de los mecanismos con que esta labor puede ser llevada a cabo.

La situación sanitaria en España. La sanidad en un entorno social cambiante. Como saben SS. SS., hay una serie de hechos que condicionan la situación y el desarrollo de nuestro sistema de salud: los avances en tecnología médica, las nuevas fórmulas organizativas, los cambios demográficos y los cambios sociales.

En lo que se refiere al desarrollo tecnológico, a medio plazo habremos de enfrentarnos con el manejo económico, y sin duda también ético, de los avances diagnósticos y terapéuticos en el ámbito de la genética molecular. Por otro lado, la cirugía está cambiando rápidamente. Igual que sucede en otros países occidentales, la estructura demográfica española presenta un incremento relativo de la población de mayores de 65 años. Si no se producen modificaciones en el tipo de recursos ofrecidos, la atención inadecuada a pacientes que básicamente precisan cuidados mínimos o atención social producirá un bloqueo de los centros de agudos. Lógicamente, crecerá de manera notable la demanda para residencias asistidas, centros de día, programas de teleasistencia y atención a domicilio y otros servicios sociales.

Aunque ya se ha repetido en muchas ocasiones, desde los estudios de Lalonde, en Canadá, resulta evidente que la salud está influida por un cúmulo de factores sanitarios —no precisamente los más importantes— y no sanitarios. Estos últimos factores son de índole ambiental, social y económico; factores, en general, del tipo de contaminantes ambientales, vivienda, empleo, estilo de vida, educación y apoyo familiar y social. Una parte importante de la patología infecto-contagiosa, cuyo recrudecimiento observamos en estos momentos, está relacionada con la marginalidad y/o la inmigración en grandes núcleos urbanos.

España tiene una baja mortalidad infantil y una alta esperanza de vida en relación con los países industrializados. Igual que en esos países, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares sigue una tendencia descendente y ascendente la mortalidad por cáncer, si bien la magnitud de ambas es de las más bajas. Hemos de congratularnos, aunque ello no signifique que no se trate de problemas de salud importantes en nuestra sociedad. Por otro lado, España presenta una de las frecuencias más altas de casos de sida. El tabaquismo y el consumo de alcohol están descendiendo y las admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína se han estabilizado.

No obstante lo anterior, hemos de priorizar y definir como principales problemas de salud los ligados a aquellas enfermedades de alta prevalencia, que constituyan una causa importante de mortalidad prematura, y aquellas otras que determinen elevados costes sociales, para las que existen tratamientos adecuados. En fin, otras en las que, sin existir tratamiento curativo, son causa de enorme preocupación social, provocan sufrimiento y existen métodos de prevención y formas de mejorar la situación de los enfermos, así como su supervivencia y calidad de vida. En este sentido, el Ministerio quiere centrar su atención en cinco áreas clave: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neoplásicas, la infección por VIH y sida, la tuberculosis y la salud mental.

Al estar transferida la sanidad, higiene y otros servicios a todas las comunidades autónomas, los problemas que presenta el desarrollo de estas áreas clave y, en general, las distintas actividades de salud pública desde la óptica del ministerio, son principalmente de coordinación, ya que los desarrollos estructurales y funcionales varían en las distintas comunidades autónomas en función de la importancia que les sea concedida por los gobiernos regionales.

En este campo, la coordinación con las comunidades autónomas se realiza a nivel técnico desde la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El ministerio hará un esfuerzo conjuntamente con los departamentos de sanidad de las comunidades autónomas para impulsar la actividad y la utilidad de las propuestas y decisiones del Consejo, porque creemos que un esfuerzo conjunto en estas áreas clave será beneficioso para todos y mucho más efectivo.

De acuerdo con el plan de salud, nuestra intervención será más decidida sobre los factores de riesgo. La actuación sobre el tabaquismo, el consumo de alcohol, la nutrición y el ejercicio físico, serán las claves sobre las que concretaremos la intervención del ministerio, sin olvidar, claro está, la intervención sobre la hipercolesteremia, la hipertensión y el desarrollo en los aspectos sanitarios de la salud laboral, factor de importancia en el desarrollo de los cánceres de etiología profesional.

En estos momentos, como ejemplo de lo que puede ser nuestra actuación, estamos elaborando el material educativo para difundir entre los profesionales sanitarios los principales aspectos de la hipertensión, tanto para la prevención como para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento una vez se ha consensuado a través de la Dirección

General de Salud Pública con los profesionales y las sociedades científicas las claves de la misma.

Como no puede ser menos, nuestra dedicación se deberá orientar tanto a la población, elemento básico en todo lo que constituye la adquisición de hábitos saludables, en la que todos los elementos de la sociedad deben colaborar, como sobre los profesionales.

La orientación que daremos a nuestra actuación como autoridad sanitaria se dirigirá tanto a la prevención como a la asistencia mediante protocolos de enfermedades, como en el caso de la hipertensión, consensuados con los profesionales y las sociedades científicas. En este punto, haremos un especial hincapié en la importancia de la actuación de los profesionales como transmisores de información cualificada en la adquisición de hábitos. El consejo médico a las personas que acuden a los servicios sanitarios debe constituir un aspecto esencial de la asistencia y de la relación del personal sanitario, médico y de enfermería con la población.

Evidentemente, todas las actuaciones que llevemos a cabo, independientemente de que se trate de tuberculosis, cáncer, enfermedades cardiovasculares o salud mental, las realizaremos contemplando las competencias de las distintas administraciones sanitarias. De nosotros se debe esperar que seremos el motor decidido de la intervención sanitaria, el elemento coordinador que nos asigna la Ley General de Sanidad, siendo además éste el marco que trazaremos para la actuación desde los servicios de la asistencia sanitaria del Insalud.

Unas palabras sobre el sida. Es absolutamente necesario que todas las administraciones —general, autonómica y muy especialmente local— dediquen esfuerzos contra el sida de forma prioritaria y urgente. Para ello, vamos a trabajar en un plan de acción para los años 1997-2000, para el que buscaremos el mayor respaldo político, considerando la epidemia en España como un problema de Estado, y por tanto trataremos de plantearlo desde esa perspectiva.

En trasplantes, España es con diferencia y de forma mantenida el país con una mayor tasa de donación de órganos de todo el mundo, con unos índices que son prácticamente el doble que la Unión Europea y muy superiores a los de los Estados Unidos. Todo lo conseguido en materia de donación de trasplantes durante los últimos años es la suma de la solidaridad de nuestra sociedad junto con el buen hacer de unos profesionales sanitarios de primera línea a los que se une la labor encomiable que realizan las organizaciones de autoayuda. El objetivo del ministerio en esta materia es seguir potenciando tanto las actividades de coordinación que efectúa la Organización nacional de trasplantes, como apoyar e impulsar la labor de estas organizaciones de autoayuda, sin cuya colaboración es difícil imaginar que España hubiera alcanzado los niveles que en la actualidad ocupa.

Política farmacéutica. En todos los países el crecimiento del gasto farmacéutico es superior al de gasto sanitario, que a su vez experimenta un incremento mayor al de la riqueza nacional. En estos momentos, el gasto sanitario se está constituyendo en un elemento preocupante en lo que respecta al crecimiento del gasto sanitario. No es el

único y por ello el control sobre esta partida no debe hacer olvidar lo imprescindible de abordar otras causas de crecimiento. Por otra parte, el papel de los distintos elementos que componen la cadena de la prestación farmacéutica es importante para el sistema de salud. En algún caso, como sucede con la industria, es importante también para la propia riqueza del país y para su posición tecnológica en la esfera internacional. La industria sostiene casi 40.000 puestos de trabajo, lo que representa el 3,2 por ciento de la población ocupada. Por otro lado, el mecanismo de distribución y dispensación es eficaz y bien aceptado por la población, aunque sin duda puede ser ampliado y mejorado.

Una política en esta área debe ofrecer medidas en relación con todos los agentes que intervienen en el proceso y, como resultante de un esfuerzo equilibrado por parte de todos, es subjetivo del ministerio mantener el crecimiento del gasto farmacéutico en paralelo o muy próximo a la inflación. En relación con ese objetivo, con la industria y con la colaboración farmacéutica, el pacto es la herramienta de primera elección.

Se introducirá también la vía de los medicamentos genéricos, una modalidad de prescripción que tiene escasa tradición en España, donde el consumo en estos momentos no llega al dos por ciento. Impulsar la prescripción, la dispensación y la fabricación de medicamentos genéricos, supone un estímulo a la competencia de precios, una prescripción por denominación científica que evita confusiones, y una disminución del gasto farmacéutico total.

En relación con la distribución y dispensación, se trabaja para dictar normas básicas que permitan la ampliación de la oferta. Se tomarán asimismo medidas para que aumente el número de farmacéuticos en las oficinas de farmacia, aumenten las horas de atención, los horarios sean más flexibles y los mínimos de guardia serán superiores a como lo son en la actualidad. El ministerio elaborará a corto plazo un marco-norma que someterá a consideración de las comunidades autónomas.

No podemos tomar medidas en relación con la industria y oficinas de farmacia si no entramos en los problemas del fraude y la estructura de incentivos en la prescripción. Identificaremos en breve plazo el perfil de consumo de fármacos dispensado con tarjeta de pensionista. Desconocemos el impacto real que puede suponer el fraude en esta cuestión, pero sea cual sea éste, estamos obligados a mantenerlo y penalizarlo.

Por otro lado, es necesario que el profesional médico se involucre en la valoración del coste-efectividad de los diferentes productos. Un sistema de no presupuestación global en los centros de salud es una solución teóricamente impecable y que ha dado buenos resultados cuando se ha puesto en práctica.

Política de ordenación profesional. Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del sistema. Todos ellos, en mayor o menor medida, además de prestar atención sanitaria, desarrollan actividades de prevención y promoción de la salud.

Durante la presente legislatura, la ordenación de las profesiones sanitarias deberá ocupar un lugar prioritario entre las políticas del ministerio. Si en el pasado inmediato

se ha puesto el énfasis en la ordenación de los recursos financieros del sistema sanitario público y en su suficiencia y reparto, en la presente legislatura, sin olvidar ese objetivo, uno de los ejes de la nueva política sanitaria ha de basarse en la promoción de los recursos humanos, en su formación, en su ordenada articulación y en el sistema de incentivos, de la que formará parte esencial la carrera profesional.

Es objetivo del ministerio establecer criterios generales, con la participación de los sectores interesados, que eventualmente pueden tener desarrollo legislativo, sobre el ejercicio de las profesiones sanitarias, especialmente las de formación universitaria superior, aunque sin olvidar las titulaciones universitarias medias y la formación profesional.

Se pretende dar respuesta a lo que se entiende son los principales retos que, en materia de ordenación profesional, están presentes en la situación actual. Estos retos pueden resumirse en cinco grandes proyectos: una adecuada definición de los perfiles profesionales, ordenando los grupos de titulaciones y estableciendo de modo equilibrado sus competencias profesionales; una universalización del régimen de la formación especializada, previa la determinación de los campos de profesionales que correspondan a cada una de las titulaciones sanitarias, con mención especial, por tratarse del gran reto pendiente en la situación actual, a la exigencia profesional de la formación continuada, base de la mejora de calidad en la prestación de los servicios sanitarios; la articulación de la carrera profesional, especialmente necesaria en las titulaciones sanitarias superiores, pero imprescindible en los restantes segmentos, con el fin de incentivar la constante mejora y especialización de los recursos sanitarios. Por último, el ajuste entre la oferta y demanda de profesionales, previo a una adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios, con objeto de optimizar los recursos y minimizar los efectos del paro y el desempleo en el sector sanitario, especialmente en medicina y enfermería.

El Instituto Carlos III, sin perder la científica e investigadora, debe, además, reforzar su vocación estatal, por lo que se estimulará el desarrollo de otros centros ubicados en las comunidades autónomas que puedan liderar la referencia científica en campos concretos y dará entrada en sus órganos rectores a una representación adecuada del consejo interterritorial.

Finalmente, en aras de la racionalidad, promoveremos la complementariedad y colaboración entre las distintas agencias de valoración de tecnologías y reforzaremos el papel coordinador del Centro Nacional de Epidemiología, en la interconexión de los sistemas de información sanitaria.

Consolidación y reforma del Sistema Nacional de Salud. Nuestros servicios sanitarios presentan, como es lógico, luces y sombras. En lo positivo, es preciso reconocer el alto nivel técnico alcanzado, sin duda comparable al de cualquiera de los países más avanzados, y que se acompaña de un enorme empuje por parte de importantes sectores profesionales, que nos permite asumir un papel relevante en múltiples foros internacionales.

El grado de equidad conseguido convierte, además, a nuestro sistema sanitario en un instrumento importante de cohesión social que es preciso mantener y que ayer fue cumplidamente subrayado en el debate que se celebró en este Congreso de los Diputados. Ninguna reforma debe hacernos perder los beneficios del aseguramiento universal, y la garantía de que a los ciudadanos se les atienda según sus necesidades.

Tampoco es desdeñable la contribución del sistema sanitario al bienestar de la población. Un sistema con la cobertura del nuestro y su relativamente bajo gasto no sólo supone una enorme tranquilidad para los ciudadanos frente a riesgos médicos que resultan imposibles de predecir, sino que constituye un factor contributivo importante a la productividad del propio país.

La eficiencia de los servicios también ha mejorado, si quiera parcialmente, a lo largo de los últimos años. La introducción de técnicas de gestión originarias del mundo de la empresa privada, en el entorno de los hospitales públicos ha mejorado áreas como la gestión de compras, el manejo de los stocks, la organización de los servicios centrales y los sistemas de información. Si bien queda mucho camino por recorrer, esta gestión estructural ha originado algunos avances en la productividad de los centros. Sin embargo, nuestro sistema asistencial público, hechas las debidas salvedades, se caracteriza por un modelo organizativo de estructuras rígidas y burocráticas, por la situación de monopolio de los centros sobre sus áreas de influencia y, consiguientemente, por la carencia de estímulos científicos, profesionales o retributivos para el personal, que son esenciales en organizaciones donde los recursos humanos son el principal activo. Nada tiene, pues de extraño que con carácter general nuestro sistema se muestre incapaz de atender con la agilidad debida las demandas crecientes de los ciudadanos, con respuestas rápidas y con la calidad deseada.

Los presupuestos poco realistas que ha padecido durante muchos años la sanidad han supuesto una dificultad sobreañadida por una buena gestión. Una de las secuelas más acusadas de ese modelo organizativo de nuestro sistema sanitario es frecuentemente el trato no suficientemente personalizado que reciben los pacientes en más ocasiones de las deseables. El servicio al paciente depende de la voluntad, del interés y del buen hacer de personas concretas, pues no existen mecanismos formales que influyan fuerte y positivamente en que las instituciones sanitarias, y cuantos en ellas trabajan, se ocupen prioritariamente de lo que necesitan los pacientes. Estos desean un trato más personalizado, menores demoras y mejor información.

Las listas de espera constituyen, en efecto, otro de los síntomas más claros de que algo no funciona suficientemente bien en nuestro modelo. Sin embargo, usando un paradigma médico, hay que decir que se trata de un síntoma, no de la enfermedad subyacente. La lista supone un desajuste entre los servicios ofertados y los demandados. Al margen de lo que el país decida dedicar a sanidad, la oferta puede mejorar incrementando notablemente la productividad global, algo difícil en una organización carente de una estructura adecuada de incentivos.

La experiencia internacional demuestra que las listas son consustanciales en modelos organizativos como el nuestro, donde el paciente no arrastra directamente tras de sí sus recursos económicos, todo ello independientemente de que el presupuesto global tenga necesariamente un techo definido.

Todo lo dicho explica la conciencia distendida de que nuestro modelo organizativo y de gestión del sistema sanitario necesita una adecuada puesta al día.

Mejorar la sanidad pública es nuestro objetivo básico y presidirá nuestra aportación a lo que pueda ser el trabajo de la ponencia ayer constituida en el Congreso.

La reforma que nosotros propiciamos para la consolidación de este sistema público se orienta básica y primordialmente por la vía de buscar una mayor eficiencia de los servicios públicos de salud, complementados ciertamente pero no sustituidos por los privados. Aceptamos gustosos la colaboración del sector privado en este campo y queremos aprovecharlo más racionalmente, pero nuestra mayor preocupación es hacer más eficiente el sector público.

Los principios de universalidad, financiación pública y solidaridad deben seguir siendo, como hasta ahora, los pilares básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

No voy a extenderme en el análisis de lo que pudieran ser, a nuestro juicio, las soluciones que cabría propiciar para afrontar estos problemas, porque realmente es en el seno de la ponencia constituida ayer por unanimidad en el Congreso, con tan buenos augurios por ese conseguido no sólo formal en el hecho de la votación sino en el espíritu que inspiró prácticamente todas las intervenciones, en el que debemos profundizar en estas ideas y trabajar, tratando de continuar con ese mismo espíritu de consenso; pero sí me parece ineludible anticipar alguna línea de trabajo que debe ser tenida en cuenta, desde nuestro punto de vista, al afrontar estos trabajos de reforma del modelo organizativo de nuestro Sistema Nacional de Salud.

A nuestro juicio, en la línea que aconseja la experiencia de cambio sanitario acometido en otros países y sin perder de vista sus tropiezos —también hay que aprender de esos tropiezos—, la reforma de los servicios sanitarios públicos en España se debe plantear sobre las siguientes claves: separación entre los órganos que financian y los que prestan los servicios; autonomía de los centros y competencia regulada entre ellos y libertad de elección de los ciudadanos. Todas estas medidas están vinculadas entre sí. La separación de funciones entre los órganos que financian y los que prestan los servicios es necesaria para que el dinero pueda seguir al paciente. La competencia sólo se puede establecer entre centros autónomos y sólo será efectiva si los ciudadanos pueden elegir y el centro elegido se beneficia de esa elección del ciudadano, porque el mecanismo de financiación la tiene en cuenta; por consiguiente, la autonomía de los centros, con profesionales vinculados a los propios centros y oportunamente motivados y la libertad de elección, con un sistema de financiación en el que el dinero sigue al paciente, son a nuestro juicio claves en el proceso de reforma.

En este momento, las profesiones sanitarias se encuentran vinculadas a un orden estatal que no sólo trasciende al

centro donde trabajan, sino a la propia comunidad autónoma, cuando tiene competencias transferidas. De esta manera, la gestión de los recursos humanos, un elemento crítico en las organizaciones que prestan servicios, queda fuertemente socavada en las instituciones sanitarias.

Además, la necesaria concordancia entre los objetivos de los profesionales sanitarios y la institución donde desarrollan su actividad apenas existe; ni es creíble para los primeros que sea posible alcanzar significativos logros profesionales y económicos si la institución es eficiente y comparativamente ofrece más calidad que otras; ni la institución es capaz de generar incentivos específicos al margen de las reglas generales que rigen el sistema. De nuevo, como en el caso de la elección de los pacientes, se han intentado algunos avances en este campo, pero con esquemas complicados, de difícil elaboración que suelen terminar en formulaciones que a nadie agravan pero que por lo mismo, a nadie estimulan.

Pensamos que no es cuestión de medidas puntuales alrededor de conceptos retributivos, medidas de las que nuestro país tiene larga y no muy productiva experiencia. Tampoco es cuestión de mecanismos de participación, que son más bien de control y de homogeneización, ya que en ningún caso se asume el riesgo de que las decisiones tomadas a través de esos mecanismos de participación puedan tener consecuencias negativas para los que participan. Hay que promover, por ello, una fuerte descentralización de los servicios asistenciales públicos tanto en atención primaria, como especializada, para dotarlos de la necesaria autonomía y que sobre esa base puedan desarrollar la competencia posible en este campo. La autonomía de los centros tiene que ir acompañada obviamente de una mayor participación de los profesionales en la gestión y de los estímulos necesarios para que los propios profesionales participen también en los beneficios que se obtengan de la mayor preferencia de los usuarios y de las mejoras en la productividad.

Cuanto trabajan en una institución deben sentir que sus objetivos personales están estrechamente vinculados a los de su hospital o centro de salud. Los pacientes, y los ciudadanos en general, deben tener también más voz en un asunto que les afecta profundamente. Hemos de esforzarnos en ofrecer información rigurosa a los pacientes para que éstos tengan una capacidad real de elección y no una mera capacidad nominal. Al mismo tiempo, en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias debe entrar con más fuerza la sociedad civil.

Con este cambio estructural se alcanzan, a mi juicio, varios objetivos, se puede poner un techo al gasto mediante contratos y presupuestos globales que regulen la relación de los órganos que financian con los centros que prestan servicios. Las necesidades sociales expresadas por el ciudadano orientan el uso de los recursos y no al revés, como sucede actualmente. Se generan incentivos para responder de forma rápida las demandas de atención, además de prestar más cuidado al trato personalizado. Y, finalmente, cada uno de los niveles del sistema se especializa en una función concreta: estudiar necesidades, evaluar su satisfacción y regular la actividad, en su caso, y gestionar servicios, en otro.

Respecto del Insalud, la consolidación del sistema sanitario público del Estado español es —lo he dicho ya varias veces— la prioridad del Departamento. Esta prioridad nos obliga a dedicar los mayores esfuerzos a mejorar la gestión del Insalud a quienes tenemos la responsabilidad de dirigirlo y mientras tengamos esta responsabilidad. Es sabido, porque así lo anuncié ya también en el Congreso de los Diputados, la decisión del Gobierno de completar el proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas que todavía no los han recibido. Trabajamos con un horizonte temporal de llevar a cabo esta transferencia al final de esta legislatura o a principios de la próxima. Entretanto, nuestra obligación obviamente es gestionar del mejor modo posible estos servicios y prepararlos incluso de esa manera para llegar en las mejores condiciones posibles a la esfera del poder político de las comunidades autónomas receptoras de los servicios.

Presento ahora las primeras conclusiones de un primer análisis de la situación actual del Instituto Nacional de la Salud no transferido, el cual nos permitirá adoptar medidas inmediatas para abordar las ineficiencias que hemos percibido. No obstante, somos conscientes de que deberán ser los centros sanitarios los que, a través de su maduración organizativa con la participación y voluntad de sus profesionales, vayan consiguiendo mejores cotas de autonomía. Las mejoras organizativas no se consiguen con actuaciones sintomáticas, sino con aportaciones significativas. Es decir, si por una parte la Administración actúa mediante la paulatina dotación de herramientas de gestión a los centros asistenciales y, por otra parte, los miembros de las organizaciones se implican en la gestión de las instituciones mediante la correcta utilización de las herramientas incorporadas a la gestión de los centros sanitarios. Sin duda, es el Insalud gestión directa, como se llama en la jerga del sector, el servicio de salud más amplio del Estado español; en él convergen las necesidades asistenciales de más de quince millones de habitantes. Para su atención, el Instituto dispone de 81 hospitales; 36.000 camas; 99 centros de especialidades periféricas; 964 centros de salud; 1.041 equipos de atención primaria, y trabajan 132.000 personas entre personal sanitario y no sanitario y, además, dispone de la utilización de 93 centros concertados con 18.168 camas.

Analizando la actividad realizada a 31 de marzo de 1996, y aplicando los sistemas de análisis existentes actualmente en el Insalud, se prevé, a 31 de diciembre, un incremento de efectivos sobre los pactados de un 2,74 por cien; un descenso de población global de 2,61 por cien; un descenso de la producción por efectivo de un 5,21 por cien; y un descenso de la calidad de los índices habituales de utilización de los recursos.

La situación financiera que atraviesa el Insalud gestión directa se ha beneficiado, sin duda, de las mejoras de la financiación de la sanidad, que fueron evidentes en estos últimos años. Lo que nosotros nos encontramos no es una situación que pudiéramos llamar preocupante en grandes términos, dadas las magnitudes que se manejan en el Instituto Nacional de la Salud, pero, en aras de la mayor transparencia, lo que puedo decir es que tenemos alguna preo-

cupación por algunas obligaciones sin financiación, pero cifras realmente poco significativas, como pueden ser 1.255 millones que, en un presupuesto de un billón 300.000 millones de pesetas, ya comprenderán ustedes que no es una cifra de preocupar.

También hay ahí unas reclamaciones pendientes con algunos suministradores que pueden arrojar un déficit sin financiación de 10.600 millones en lo que se refiere a los años pasados. En cuanto al ejercicio 1995-1996, tenemos algunos problemas con algunas incorporaciones pendientes del Ministerio de Economía, que debían producirse de conformidad con los acuerdos de financiación, pero lo cierto es que había 18.000 millones de pesetas pendientes de estas incorporaciones; otra cifra de 4.000 millones de pesetas está pendiente de incorporar a los presupuestos del Insalud como consecuencia del ajuste al escenario presupuestario, en relación con los acuerdos de financiación; y, por último, hay una desviación prevista, según la evolución del gasto de dos meses, por eso incrementos en el capítulo I y en el gasto farmacéutico, que podrían llegar a final de año a una desviación de 21 mil millones de pesetas. Si se producen esas incorporaciones, que deben producirse, porque realmente corresponden a acuerdos de financiación y negociamos con Fenin en las mejores condiciones para que esos intereses que nos reclaman puedan ser reducidos y, sobre todo, si se reajusta una cantidad que se redujo en el marco gestable de financiación como consecuencia de unos ahorros del Instituto Nacional de Salud y que afectaron a todo el sistema sanitario, creo que estos problemas de financiación del Instituto Nacional de la Salud se podrían superar sin quebrantos especiales.

La lista de espera, según los datos suministrados por el sistema de información del Insalud, al 31 de marzo de 1996 se sitúa en 168.265 pacientes. Estas cifras se descomponen en los distintos tramos de la siguiente manera: pacientes con una espera superior a dos años, 5.095; pacientes con una espera entre uno y dos años, 16.430; pacientes con una espera entre seis meses y un año, 29.594. En total, en espera superior a seis meses, 51.119. El resto, hasta 168.265 pacientes, son los que están en una espera inferior a seis meses. La demora media es de 217 días, y hay un dato que sí es preocupante, y es que el índice de entrada y salida es superior a uno. Eso quiere decir que ahora mismo están entrando más pacientes que los que salen de la lista de espera.

Conscientes de la importancia y de la gravedad de este problema, nos proponemos acometer un plan de reducción de estas listas de espera —que creo aprobará el Consejo de Ministros mañana—, que consistirá en intervenir, antes del 31 de diciembre, a los 21.525 pacientes que llevan más de un año en lista de espera y que en esa fecha no haya nadie con una espera superior a 12 meses. Se trataría de intervenir a 15.954 pacientes, de los que llevan esperando entre seis y 12 meses, de forma que el 31 de diciembre quedaran en ese grupo sólo 14.000 pacientes. Con esas medidas se podría reducir la demora media de 207 a 121 días.

Para llevar a cabo este plan nos proponemos adoptar las siguientes medidas. En primer lugar, un incremento de la producción quirúrgica en jornada ordinaria en los hospita-

les que tienen lista de espera de más de 12 meses. Realizado el correspondiente análisis de los hospitales en que concurren esas circunstancias y sus potencialidades de incremento de la producción quirúrgica, hemos llegado a la conclusión de que ese incremento posible de la actividad quirúrgica en esos hospitales nos permitirá intervenir a 4.286 pacientes de aquí a fin de año.

Otra medida sería incrementar la producción de tres hospitales que realizan en este momento funciones de apoyo aquí en Madrid: Santa Cristina, Carlos III y Cruz Roja. El hospital Carlos III, con tres quirófanos, podría realizar 3.300 procesos de julio a diciembre de esa lista de espera, y los hospitales Santa Cristina y Cruz Roja podrían absorber mil pacientes más. En total, estos hospitales podrían asumir 4.300 pacientes de esa lista de espera a que antes me he referido.

Pondríamos en marcha un proceso de autoconcertación regulada, sujeta a los siguientes requisitos: no se podrán intervenir en ese programa más que pacientes con lista de espera de más de seis meses. El índice de entrada y salida del servicio correspondiente será igual o menor a uno. El rendimiento quirúrgico debería ser óptimo en una jornada normal. Las intervenciones de enfermos serían exclusivamente de lista de espera desde el más antiguo. Pacto de los procesos diarios. No autorización de ninguna actividad extraordinaria que no esté dentro de este programa. Con este plan de autoconcertación, creemos que se pueden intervenir 15.708 personas en 50 hospitales durante seis meses. La valoración económica de esta parte del proyecto sería de 780 millones, y concertaríamos con centros privados 12.825 procesos, que son los restantes hasta llegar a la cifra de todos los que deben ser intervenidos dentro del plan. Esto estimamos que puede tener un coste de 1.410 millones.

Naturalmente, el poner en marcha un plan de esta naturaleza exige revisar los sistemas de los hospitales para la gestión y control de la lista de espera, elemento decisivo en estas operaciones. Crearíamos una oficina centralizada de seguimiento y control de las medidas. Se considera estratégico monitorizar este proceso, para lo cual se realizaría un seguimiento de todas las medidas sobre los centros y las direcciones provinciales. Las funciones de esa oficina centralizada serían el seguimiento de las situaciones de la lista, el estudio y aprobación de los proyectos de autoconcertación, seguimiento de la actividad quirúrgica, análisis de las direcciones y cualesquiera otras.

Una cuestión muy importante en las organizaciones sanitarias modernas es el aumento y la calidad de los productos alternativos a la hospitalización. En los últimos años, ante los avances de la técnica y la necesidad de disminuir los costes de hospitalización, se han diseñado sistemas de atención sanitaria que, manteniendo semejantes criterios de eficacia y calidad, han demostrado una reducción importante de costes al evitar estancias hospitalarias mediante tratamientos ambulatorios que han conseguido ser eficientes. Estas soluciones han aportado asimismo mejoras sociales de interés que el paciente y su familia valoran, al evitar el innecesario estrés de ser hospitalizado, minimizando su enfermedad, manteniendo un mayor con-

tacto con su familia y su medio y proporcionando confianza y confort sin moverse de su domicilio o desplazándose brevemente al hospital.

Las alternativas más frecuentes a la hospitalización, todas ellas de probada utilidad y competencia y cada día más utilizadas en todos los países adelantados —algunas de ellas se han puesto en funcionamiento en España en los años noventa—, son los hospitales de día, médicos y quirúrgicos, las unidades de corta estancia, la hospitalización a domicilio, unidades especiales de hemodiálisis, cuidados paliativos, unidades de dolor, hoteles de apoyo.

De los datos que hemos podido manejar, observamos que los centros sanitarios de Insalud no están cumpliendo la cifra de intervenciones por cirugía ambulatoria mayor reflejada en el contrato-programa, presentando una desviación negativa de un 13 por ciento, que representa 8.408 intervenciones menos. Adoptaremos las medidas necesarias para evitar la mencionada desviación e incrementaremos las líneas de actuación en la hospitalización a domicilio, mejorando la relación entre atención primaria y atención especializada, haciendo especial énfasis en los programas de cuidados paliativos, en la atención a domicilio.

En el contrato-programa de 1997 se incluirán acuerdos específicos para la potenciación de la hospitalización a domicilio, mediante esa mejor coordinación a que antes me refería, y se incrementarán los procesos de cirugía mayor ambulatoria. Los recursos existentes para realizar estas actividades son, en principio, suficientes. No obstante, deberemos estudiar su distribución por centros y por unidades territoriales, con el fin de determinar su mejor ubicación y analizar los criterios de asignación de recursos.

En cuanto a la conservación y equipamiento de la red, no puedo ocultar una cierta preocupación por el estado de las inversiones en los últimos tiempos, que apuntan a una cierta descapitalización de los centros sanitarios. Hay deterioro en algunas dotaciones y dificultad consiguiente para tratar también a los nuevos centros, así como a los centros de reformas importantes. En alta tecnología también observamos que las dotaciones existentes no permiten cubrir la demanda y que algunos equipos empiezan a acercarse ya al límite del período razonable de vida media. No obstante, no todos los recursos existentes, aun siendo suficientes, se están aprovechando al máximo, aunque a veces se trate de dotaciones muy costosas con importantes listas de espera y elevados gastos en conciertos.

Respecto a la motivación e implicación de los recursos humanos, no podemos desconocer situaciones frecuentes de desmotivación de los profesionales que trabajan en los centros asistenciales con las instituciones que los rigen y retribuyen. Estamos decididos a tratar de dar solución a este problema antiguo y que condiciona a todos los colectivos que trabajan en la asistencia sanitaria. El Insalud y todo su equipo directivo es consciente de que ninguna medida será eficaz si no implica a todo el colectivo de profesionales, y que las medidas de marco general no serán eficaces sin una dotación de responsabilidad y necesaria autonomía a los centros asistenciales.

La carrera profesional se vuelve a evidenciar como otro campo en el que hay que trabajar para conseguir esa mayor

motivación de los profesionales. El Insalud trabajará en un plan de mejora y motivación de los profesionales, así como en un plan de desarrollo de la carrera profesional.

La organización y gestión son los dos puntales en los que se basa la eficiencia de los centros provisorios de servicios. Víctor Pérez Díaz, sociólogo que muy lúcidamente ha afrontado los problemas de la organización sanitaria de nuestro país, ha diagnosticado muy bien, a mi juicio, que los problemas básicos de nuestro sistema sanitario están en el diseño institucional, esa organización tan centralista que ha acusado nuestro sistema; en la cultura organizativa, porque ha tardado en entrar en nuestros servicios sanitarios la cultura organizativa propia de organizaciones tan complejas como son los servicios sanitarios; y por último la motivación de personal.

Tenemos que tratar de avanzar en estos campos, en el diseño institucional, en la cultura organizativa, para lo que los instrumentos de organización y gestión son absolutamente básicos, y en la motivación del personal.

La organización y su marco jurídico permiten conocer qué podemos hacer y mediante qué herramientas. Está claro que con la actual organización, centralista, burocrática, reglamentista, desincentivadora, que configura centros sin autonomía, que recibe unos presupuestos sin capacidad para tomar decisiones y sin apenas participación real en su diseño, es decir, centros regidos por un modelo de funcionamiento y de gestión burocrática, es muy difícil conseguir esas altas motivaciones a que antes me refería.

Nos proponemos dotar al Insalud de la habilitación legal para que pueda constituir centros sanitarios y sociosanitarios públicos, con personalidad jurídica propia, a través de fórmulas jurídicas admitidas en Derecho. Nos proponemos poner en funcionamiento algunos de los nuevos hospitales justamente bajo esas fórmulas que permiten dotarlos de personalidad jurídica e iniciarlos en el camino de la autonomía y de la responsabilidad. Nos proponemos, incluso, trabajar en plan piloto con algún hospital de los existentes para tratar de dar el paso de la situación actual, centralizada, a una situación de autonomía y personalidad jurídica en hospitales en funcionamiento.

Por último, nos proponemos constituir unidades de apoyo para los centros asistenciales también con personalidad jurídica. Nos parece que experiencias como las de centros de transfusiones, empresas públicas de radiodiagnóstico, vale la pena incorporarlas a la riqueza organizativa del Insalud para facilitar fórmulas más eficaces de gestión de estos recursos y servir al conjunto de los centros sanitarios con instrumentos más ágiles y eficaces. Naturalmente, sabemos que todo eso lo tenemos que hacer buscando el mayor consenso posible con todos los profesionales afectados y para asegurar el éxito de las medidas que se puedan tomar.

Otro de los instrumentos que nos proponemos mejorar es el del contrato-programa como el mecanismo que regula la relación entre la entidad compradora de los servicios y la que los presta; en todo caso, la entidad que aporta los recursos, en este caso el Insalud, y los centros que proveen los servicios correspondientes. Los contratos-programa tienen que trabajar con herramientas de medida de la acti-

vidad, cada vez más sofisticadas y mejores. La UPA, que en algún momento pareció que era una unidad de medida avanzada, se ha revelado ya insuficiente para medir con todas sus consecuencias la actividad de las instituciones sanitarias. Nos proponemos introducir unidades de medida más precisas, como pueden ser los GRD, y tratar de llegar a presupuestos clínicos y por centros de responsabilidad, buscando la implicación de los facultativos en la gestión de los centros y en la aplicación de modelos de incentivos vinculados a sus resultados y a la calidad de los servicios.

Evidentemente, esta medida requerirá un gran esfuerzo por parte de todos, dado que la complejidad de dicha herramienta de gestión obligará a que equipos directivos y facultativos encuentren puntos de equilibrio en las fases de implantación y desarrollo.

Todo eso necesita avances en el sistema de información actualmente existente en el Insalud, que adolece de graves inconvenientes y deficiencias, como es la falta de sistemas de confrontación de la información entre el receptor y el emisor y falta de concreción de los procesos y procedimientos del tratamiento de la información. Sin eso, será muy difícil avanzar en este tipo de relaciones entre los servicios compradores y los proveedores de los servicios e introducir todos estos mecanismos de estímulo a la actividad y, al mismo tiempo, de control de la actividad porque, como bien se sabe, en este campo hay que encontrar el equilibrio justo entre la actividad que conviene estimular y la que no conviene estimular. Todas las experiencias de las reformas sanitarias más avanzadas en el mundo apuntan por ahí. Pienso que los alemanes son los que mejor han avanzado en esta línea de encontrar mecanismos que estimulen justamente lo que conviene estimular, una buena atención al paciente, sin que se deje de hacer nada de lo necesario, pero que tampoco se haga nada por intereses puramente económicos. Encontrar este equilibrio entre la actividad que hay que estimular y la que hay que desincentivar es justamente el desafío más difícil de las organizaciones que prestan estos servicios, con la complejidad que supone la presencia en estas actividades de profesionales que intervienen con sus decisiones en los procesos, que tienen que tener como objetivo por encima de todo, la curación de los enfermos, pero que tampoco se pueden desatender de los problemas de coste de todas estas instituciones y hay que tratar de encontrar el marco de relaciones adecuado en la línea de esos contratos públicos, cada vez más sofisticados y refinados, que regulan las relaciones de los compradores con los proveedores de servicios, y en los que, según mi conocimiento, en Alemania se ha avanzado de forma más significativa.

Para eso, tenemos que mejorar mucho los sistemas de información. Sin una buena información, no se puede trabajar con estos planteamientos. Ese sistema de información avanzará en la línea fundamental de los CMDDB y de su explotación en GRD, los conjuntos mínimos básicos de datos, la codificación. Esta herramienta deberá ser de uso corriente y cotidiano, revirtiendo su uso en las necesidades de planificación, organización y evaluación, tan necesarias en nuestros centros.

Hay que destacar que el 49,38 por ciento de los centros hospitalarios del Insalud no llega al 90 por cien del cum-

plimiento del CMDDB. Este dato dificulta la incorporación de estos centros al análisis de la casuística mediante GRD. La prioridad inmediata del Insalud para 1996 es que el 75 por ciento de los centros disponga de niveles de cumplimiento del CMDDB superiores al 90 por cien y, para finales de 1997, el cumplimiento sea del 100 por cien para todos los centros asistenciales del Insalud.

La dotación y el soporte informático de los sistemas de información sanitarios es otra de las claves de cualquier proceso de modernización y mejora de la gestión de nuestros centros.

Tampoco es aquí la situación todo lo buena que quisiéramos. Nos parece que no existe una política clara informática, convergente y acorde con las actuales tendencias en las tecnologías y sistemas de la información, que faltan criterios racionales y homogéneos en la organización, gestión y seguimiento del proceso informático del organismo, que hay obsolescencia tecnológica del equipamiento, así como de las herramientas informáticas utilizadas, que no existe una infraestructura estable de comunicaciones, una red de datos corporativa que facilite la intercomunicación con los centros y posibilite un acceso eficaz y cierto a la información. Por razones fácilmente comprensibles, nos proponemos trabajar para corregir esas insuficiencias y establecer un modelo informático orientado a las características generales de la organización, siguiendo las normas y los estándares establecidos por los organismos nacionales e internacionales en materia de tecnologías de información para la administración sanitaria.

El uso racional del medicamento en el hospital va a ser otra de nuestras preocupaciones. Se ha avanzado razonablemente en atención primaria en ese campo y hay que avanzar en el uso racional del medicamento en los hospitales, estableciendo protocolos específicos, coordinados entre atención primaria y especializada, determinando nuevos indicadores de evaluación en la calidad, de la prescripción para su incorporación en el contrato-programa, promover la regulación de los servicios farmacéuticos y de atención primaria de forma unitaria para el conjunto del ámbito del Insalud y regular el uso de la receta médica en la atención de urgencias sanitarias.

En atención primaria tengo que decir que toda la información que se nos facilita manifiesta un estado claramente satisfactorio de los servicios de atención primaria del Insalud, lo cual no quiere decir que no tratemos también ahí de mejorar todo lo que se pueda mejorar. Trataremos de avanzar en la línea de celebrar acuerdos con las comunidades autónomas en el ámbito sectorial de la atención primaria; profundizar en los criterios de asignación de recursos humanos y financieros a las carencias asistenciales y sus unidades de provisión; elaboración del plan de finalización de la reforma de atención primaria; elaboración de un programa de inversiones en futuros ejercicios y análisis y presupuestos de procedimientos para mejorar la organización de consultas y para mejorar la organización, relación y coordinación de los niveles especializados. La calidad total, la atención al paciente, van a ser también, como no podía ser menos, objeto de nuestras preocupaciones.

En atención primaria se informatizará la cita con el médico especialista desde los centros de atención primaria. Se proseguirá con el desarrollo y las medidas de gestión de las agendas de consulta a demanda en atención primaria a fin de minimizar tiempos de espera. Agilizaremos el tiempo de tramitación del servicio de gestoría de prestaciones en los centros de salud y adecuaremos la oferta de consultas de cara a las expectativas de la población. Para una mejor coordinación de atención primaria y atención especializada se implantará de forma generalizada el circuito completo de la hoja de interconsulta entre primaria y especializada, tanto a efectos clínicos como de gestión de recursos.

La atención sanitaria, con las perspectivas que supone el envejecimiento de la población a que antes me refería, es una prioridad en todos los países de nuestro modelo de sociedad y por lo tanto ahí tendremos que trabajar para desarrollar distintas estrategias que tienen como objetivo evitar los ingresos innecesarios en los hospitales generales y mejorar la continuidad del cuidado. Esto supone coordinación y apoyo desde los hospitales generales a las residencias asistidas, cuyo fin importante y labor a desarrollar es facilitar desde el sistema sanitario la asistencia médica y de enfermería en los establecimientos residenciales que se desarrollan desde los servicios sociales, actuando como nexo básico para la continuidad de los cuidados; coordinación y apoyo sanitario a las redes alternativas en internamiento de los servicios sociales; coordinación entre los recursos sociales y sanitarios de atención primaria y desarrollo de los programas de atención domiciliaria.

En la política de conciertos trataremos de planificar mejor la utilización de los recursos ajenos para evitar incertidumbres al sector, mejorar los sistemas tarifarios y tratar de aprovechar más racionalmente esos recursos en beneficio de las dos partes, de los proveedores de los servicios y de nosotros como receptores de esa colaboración del sector privado. Para eso el Insalud se ha dotado de una nueva estructura directiva. Nos parecía claramente insuficiente que la cúpula directiva del Insalud no tuviera más que un órgano con nivel de dirección general. Hemos puesto el Insalud bajo la dependencia del Secretario General de Asistencia Sanitaria, con categoría de subsecretario, y bajo sus órdenes trabajarán cuatro directores generales especializados en las distintas áreas o actividades de la gestión del Instituto, organización que nos parece mínima para gestionar un organismo de la entidad, del tamaño, del volumen y de la trascendencia que tiene todavía el Insalud no transferido, y las cifras de presupuesto del personal que trabaja en él, de centros, etcétera, que antes di creo que excusan cualquier argumentación adicional sobre ese punto.

Trabajaremos en un plan estratégico del Insalud que esperamos tener completado antes de fin de año para afrontar todos estos problemas con la precisión que supone la reducción de un plan, las prioridades, la cuantificación y la secuencia temporal de las medidas y sus efectos. Ese plan debe llevar consigo la metodología y estandarización de los planes estratégicos de todos los centros asistenciales y

una mejora en las líneas de priorización. Tampoco podremos descuidar la inspección sanitaria, tanto la inspección médica como la farmacéutica, evaluando al cien por cien los centros del Insalud en cuanto a cumplimiento de los objetivos de lista de espera y auditando las declaraciones de información de las gerencias de atención primaria y especializada en lo que se refiere al cumplimiento de los contratos-programa asistenciales. Se estudiarán al cien por cien también las reclamaciones y la implantación del consentimiento informado.

En farmacia nos ocuparemos también de todas las desviaciones que se puedan producir. Hay 722 prescriptores de más de 2.500 recetas al mes y 663 superan más de un 80 por 100 la prescripción de recetas de pensionistas, lo que deberá ser objeto del adecuado seguimiento.

Por último, en relación con el consumo, nos proponemos estimular un diálogo permanente entre la Administración, los sectores económicos y las asociaciones de consumidores; mejorar la educación y la información de los consumidores; potenciar la representación de los consumidores y su participación en las decisiones que les afectan; reforzar y actualizar el marco normativo para garantizar sus derechos e intereses legítimos; coordinar el consumo con el respeto al medio ambiente; garantizar la seguridad de los productos de consumo; facilitar la solución de los conflictos que puedan surgir entre consumidores y empresarios; cooperar con los países iberoamericanos que están iniciando el desarrollo de protección al consumidor; exigir que los bienes y servicios puestos a disposición del consumidor cumplan con las normas que les sean aplicables y contribuir a que todas las administraciones con competencias en consumo cooperen en una acción eficiente sin olvidar la incardinación de nuestras acciones en la perspectiva de la Unión Europea.

Concluyo, señor Presidente, no sin agradecerles a todos su atención y su paciencia por escuchar una tan larga intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

Pasamos al turno de intervención de portavoces. Quiero someter a la consideración de SS. la posibilidad de mantener la tradición de la legislatura, empezando el turno de intervenciones por los grupos de mayor a menor y cerrando el Grupo Popular. ¿Están de acuerdo sus señorías? **(Asentimiento.)**

Tiene la palabra la señora Amador.

La señora **AMADOR MILAN**. Señor Presidente, me gustaría solicitar a la Presidencia la interrupción de la sesión por unos minutos, habida cuenta de la exposición, para facilitar a los portavoces la labor de preparación. Si la Mesa y la Presidencia lo consideran oportuno, de acuerdo con la previsión reglamentaria, solicitaría una interrupción por unos minutos antes de entrar en el turno de portavoces.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Están de acuerdo los señores portavoces? **(Asentimiento.)** Interrumpimos por diez minutos. **(Pausa.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión.

Tiene la palabra la señora Amador, portavoz del Grupo Socialista.

La señora **AMADOR MILLAN**: Señor Ministro, permítame que, en primer lugar, en nombre de mi Grupo, el Grupo Parlamentario Socialista, le dé la más cordial bienvenida a esta Comisión de Sanidad y Consumo y le agradezca su comparecencia y su detallada exposición. También quiero agradecerle, de manera expresa, el ofrecimiento de diálogo y colaboración que ha hecho a todos los grupos de la Cámara y la valoración que para S. S. tiene el Parlamento y sus Diputados, y que me permito agradecerle expresamente, porque no son sino buenos augurios para una labor que se nos presenta en el horizonte de la legislación, en la que no dude de que por parte de mi Grupo recogemos con entusiasmo esa oferta de diálogo y de colaboración.

De su larga exposición, señor Ministro —larga en sentido positivo, no quiero expresar ninguna otra connotación—, pormenorizada, tratando de abarcar todas las áreas de su responsabilidad, que es mucha, y dado el tiempo de que dispongo, voy a tratar de centrarme en algunos grandes epígrafes de concepto, porque tiempo tendremos de ir analizando algunas de las cuestiones, todas de interés, que S. S. ha planteado, en algunos casos a grandes rasgos. Por tanto, cuando se descienda al detalle tendremos ocasión de debatirlo, pero sí quiero referirme a algunas cuestiones previas de política sanitaria, en las que me gustaría, primero, expresar la opinión de mi Grupo y, segundo, pedir algunas aclaraciones.

Se ha referido S. S., en primer lugar, al papel del Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de la organización sanitaria de todo el Estado, que tiene mucho que ver con la organización de su estructura y, por tanto, con alguna de las decisiones que ya ha tomado el Gobierno y a las que S. S. también ha hecho referencia: la reestructuración del Ministerio de Sanidad. Es verdad que las estructuras administrativas son meros instrumentos para el desarrollo del trabajo que cada institución tiene encomendada, pero esos instrumentos cobran importancia, y enorme trascendencia en ocasiones, en la medida en que un diseño ajustado permite acortar la realidad que existe, y que se produce a veces, entre lo que los poderes públicos tienen que hacer por imperativo constitucional y lo que realmente se está haciendo.

Desde esa perspectiva, yo quiero expresarle alguna preocupación, señor Ministro, en relación con la reestructuración del Ministerio. Es evidente —S. S. lo ha dicho y yo lo celebro, porque a veces parece que se pierde en el debate esa consideración— que el Insalud está transitoriamente en el Ministerio de Sanidad. La Ley General de Sanidad exclusivamente cita al Insalud, porque el horizonte, de acuerdo con el diseño, es su transferencia, y S. S. de hecho ha confirmado la voluntad política de transferir el Insalud en esta legislatura o al principio de la siguiente, de manera que coincidimos en la consideración de que el Insalud está transitoriamente en el Ministerio. En todo caso, el Insalud

no requeriría la existencia de un Ministerio de Sanidad, el Insalud requiere una buena gestión, un buen funcionamiento en la prestación de los servicios sanitarios, pero lo que justifica la existencia del Ministerio de Sanidad como autoridad sanitaria del Estado no es la prestación de servicios sanitarios, en mi opinión.

Por tanto, el Ministerio de Sanidad y Consumo, que transita con la perspectiva de que el Insalud se transfiera, es autoridad sanitaria del Estado no porque sea el tutelador de la asistencia sanitaria del 38 por ciento de la población en este momento, sino porque ejerce funciones fundamentales de autoridad sanitaria, funciones que le encomienda la Ley General de Sanidad que tienen una enorme trascendencia y que seguramente de forma gráfica se sintetizan en que el Ministerio debe orientar sus actuaciones a garantizar la igualdad sustancial de todos los españoles en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, con independencia de la entidad, el establecimiento o la administración que tenga a su cargo la gestión de las prestaciones a través de las cuales ese derecho se hace efectivo.

Desde esa perspectiva hay funciones del Ministerio de Sanidad que constituyen una garantía del cumplimiento de este derecho, y es aquí donde yo tengo una cierta preocupación que quiero transmitir a S. S., porque la reforma que se ha hecho en el Ministerio de Sanidad con la supresión de algunas direcciones generales que formaban parte del núcleo de autoridad sanitaria nos plantea la preocupación de si esas funciones van a ser desarrolladas, suprimidas o minimizadas, lo cual nos preocuparía. Con la premisa, señor Ministro, de que las estructuras administrativas, como digo, son un instrumento y que no merecerían una reflexión tan de fondo si no fuera por los argumentos que acabo de explicar, y naturalmente con el reconocimiento de que como responsable usted tiene toda la legitimidad para diseñar los instrumentos de la forma que mejor considere, sí quiero expresarle mi preocupación por cómo se van a desarrollar en el futuro esas funciones que desempeñaban direcciones generales que constituían el núcleo de la autoridad sanitaria; cómo se va a hacer la propuesta de los presupuestos de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, porque, como S. S. ha recogido, el Ministerio es el que propone y el financiador de los presupuestos de todo el Sistema, no sólo del Insalud; cómo se van a establecer las relaciones necesarias con las entidades de aseguramiento públicas y privadas ajenas al Sistema Nacional de Salud; cómo se van a analizar y proponer las actuaciones para la compensación de servicios entre las distintas administraciones públicas; cómo se van a definir y a modificar las prestaciones sanitarias financiadas públicamente para todos los españoles y las demás funciones que desarrollaban esas direcciones generales que se han suprimido en el Ministerio.

Por decirlo de una manera gráfica, a partir de ahora el Insalud cuenta con una dirección general financiera para un presupuesto que es de un billón doscientos y pico mil millones, y sin embargo el presupuesto de todo el Sistema Nacional de Salud, que son los tres billones y medio, ha perdido el centro directivo, que era el responsable directo de la elaboración de ese presupuesto. Hay ahí una discor-

dancia que a mí me preocupa, en la medida en que repercute en esa garantía de igualdad sustancial de todos los españoles, que se traduce en muchas actuaciones de ordenación, de coordinación, que trataban de llevar a cabo esas direcciones generales suprimidas.

Por otra parte, en cuanto a la reestructuración del Insalud, al margen de las consideraciones generales respecto a la política del Gobierno en relación con los altos cargos, yo espero y le deseo que la nueva estructura del Insalud, mucho más importante que la que tenía hasta ahora, permita hacer una gestión más eficaz y resolver los problemas que hasta ahora verdaderamente se han afrontado con medios mucho más reducidos.

Dicho esto, en el tema de la financiación, el Ministerio de Sanidad como financiador de todo el Sistema Nacional de Salud, hay otro asunto, señor Ministro, que no quiero perder la oportunidad de poner de manifiesto porque nos suscita también preocupación, y se refiere a algunas manifestaciones que se han hecho desde el ámbito del Gobierno, no desde el ámbito del Ministerio de Sanidad, y que inducen a alguna confusión en relación con las fuentes de financiación de la sanidad. Desde el Ministerio de Trabajo y por algún alto responsable de ese Ministerio se ha hecho referencia a alguna relación entre los avatares de los presupuestos de la Seguridad Social y el gasto sanitario que carece de todo fundamento, y me gustaría, señor Ministro, que como responsable del presupuesto sanitario aclarara, en relación con esas manifestaciones del Ministerio de Trabajo, que carecen de fundamento y que la aportación de las cuotas de Seguridad Social a la financiación de la sanidad, lejos de haber constituido un motivo de perturbación del gasto sanitario, lo que ha hecho ha sido reducirlo sustancialmente en cumplimiento, por otra parte, de una decisión política en la que todos los grupos han coincidido, que está en el Pacto de Toledo y que evoluciona hacia la financiación vía impuestos. De manera que ésa es otra cuestión que también me gustaría mencionar.

Su señoría ha hecho referencia a todas las grandes áreas de la política sanitaria, ha hecho una valoración de la situación sanitaria y de la situación del Insalud que yo no puedo sino agradecerle en la medida en que pone en su sitio cuestiones importantes que han sido objeto de debate. Yo celebro que esta legislatura y las personas que hoy ostentan la máxima responsabilidad en materia sanitaria hayan asumido con seriedad, con un sentido político que yo quiero poner de manifiesto, que la sanidad es un asunto de todos, que no debe ser utilizada demagógicamente, y que, por tanto, empecemos a coincidir cuando decimos cosas tan importantes como cuál es la situación financiera del Insalud, cómo está el problema de las listas de espera, cuál es la situación de los hospitales, cómo es la atención primaria... Hasta ahora, señor Ministro —y usted me permitirá que haga una mínima referencia—, los portavoces del Partido Popular no han mantenido una actitud mínimamente justa en relación a esas apreciaciones, por hacer una valoración suave. Por tanto, oír a S. S., que es el máximo responsable del país en materia sanitaria, decir aquí cosas que eran conocidas, sobre todo por los que hemos ostentado responsabilidades, pero que eran permanentemente con-

trovertidas, yo quiero agradecerse expresamente, y desde esa perspectiva estoy segura de que su valoración va a despejar definitivamente algunos de los bulos, algunas de las controversias sanitarias, que no sólo —porque sería lo de menos—, desgastan políticamente a quien van destinadas —que, digo, sería lo de menos—, sino que generan en la población una valoración negativa, injusta, por debajo de lo que realmente significa el sistema sanitario, que yo creo que perjudica a todos. El sistema sanitario hoy en España, señor Ministro —y hemos tenido ocasión de compartir esa reflexión muchas veces—, es una extraordinaria realidad, y por tanto denostarla, sobre todo con argumentos y con cifras que además son falsas, yo creo que perjudica a la sociedad en su conjunto, genera incertidumbres, y por consiguiente le agradezco que ponga las cosas en su sitio y que ratifique que en el Insalud no hay deuda, que no hay agujero, que se han cumplido los presupuestos.

Por cierto, que en la referencia pormenorizada y exacta que S. S. ha hecho, y que yo le agradezco, el único comentario que quiero hacer es que en relación con los intereses de la deuda de proveedores de años pasados —estoy segura de que lo conoce, pero quiero hacer hincapié— ha habido discrepancias en la aceptación de esas facturas y que ésa es la razón de que, aunque han estado en discusión permanentemente, en ningún caso constituyan deuda. Por tanto, le agradezco el repaso que S. S. ha hecho, que podía haber omitido pero que sitúa las cosas en su sitio.

También quiero referirme a las listas de espera y quiero agradecerle que haya facilitado pormenorizadamente el detalle de dichas listas de espera, que se corresponde exactamente con los datos que hemos venido manejando. Quiero agradecerle la explicación sobre el plan de listas de espera. Las listas de espera son un problema del sistema sanitario y lo son más cuando en el debate político entre unos y otros se agudiza el problema en lugar de explicarlo. Yo le aseguro, señor Ministro, que mi grupo no va a hacer uso de las listas de espera como elemento de descalificación del sistema. Nos preocupa, igual que le preocupa a usted, y, por tanto, vamos a intentar hacer un seguimiento del tema alejado de la utilización demagógica que hasta ahora se ha hecho.

El plan que S. S. ha expuesto es realista, es posible y, por tanto, yo deseo que se cumpla y que sigamos avanzando en ese objetivo de situar las listas de espera en el término aceptable para poder calificar de servicio de calidad y razonable el de los pacientes en su acceso a los servicios sanitarios.

También ha dicho S. S. que las listas de espera son algo sustancial a los sistemas nacionales, y yo se lo agradezco, porque me he pasado años intentando hacer pedagogía con eso, y no es fácil. De manera que la lista de espera es una preocupación, sobre todo para los pacientes que la padecen, para sus familias, y de la misma manera que yo le ofrezco y le garantizo que este grupo no va a hacer demagogia con la lista de espera, le ruego que también por parte del Gobierno no se utilice la misma a la hora de hacer titulares. En este sentido, frente a la seriedad con la que S. S. ha expuesto el plan de lista de espera, algunos otros anuncios en relación con dicha lista de espera sí se han utilizado

como objetivos que no se corresponden con lo que de verdad estamos en condiciones de hacer desde el sistema sanitario para resolver ese problema en un plazo inmediato.

En los distintos ámbitos de política del Ministerio S. S. ha hecho una enumeración. En muchos casos coincidimos; en otros nos preocupan algunas cuestiones. Por ejemplo, me gustaría, señor Ministro, que en materia de política de farmacia, que es uno de los capítulos importantes de la autoridad sanitaria del Ministerio, por la trascendencia que tiene no sólo en el funcionamiento del sistema sino también como autoridad de todo el Estado, que además del ofrecimiento de diálogo que S. S. ha puesto de manifiesto con los agentes y con los sectores, nos explicara que va a hacer con la ordenación farmacéutica o cuál es la posición del Ministerio en la ordenación farmacéutica, habida cuenta que están empezando a proliferar legislaciones en las comunidades autónomas que desarrollan tal competencia en algunos casos con muy poco en común, y ésta es la peor de las situaciones, que se produzca en el territorio una divergencia tan absoluta en cuanto a la regulación de la ordenación farmacéutica.

Todas las consideraciones en torno al Sistema Nacional de Salud y la reafirmación de los principios que S. S. ha hecho a mí me tranquilizan mucho, y es así, señor Ministro, porque el modelo del Partido Popular en materia sanitaria ha sufrido distintos avatares, evoluciones, discrepancias, hasta el punto de que a veces tiene uno la sensación de que según quien sea el responsable político que lo expresa se dicen cosas muy distintas. Siendo usted, señor Ministro, el máximo responsable político de la sanidad en este país, me tranquiliza que haga usted declaraciones como las que ha hecho en relación con el Sistema Nacional de Salud, y espero que en los demás ámbitos donde el Partido Popular tiene responsabilidades sanitarias se vea el reflejo que debería tener cuando el Ministro de Sanidad hace esas afirmaciones.

Quiero preguntarle, señor Ministro, por el plan de salud, cuál es la perspectiva que S. S. tiene respecto al plan de salud. En cuanto al plan del sida y la Organización Nacional de Trasplantes no puedo sino compartir las valoraciones que se han hecho respecto a los avances que se han producido en estos ámbitos.

Por lo que se refiere a las modificaciones que ha anunciado, señor Ministro, estructurales, de organización, de naturaleza jurídica del Insalud, quiero decirle, en primer lugar, que yo creo que hay que introducir modificaciones, sobre todo cuando se aspira a mejorar sustancialmente el funcionamiento de los servicios sanitarios. Con los datos que ha dado, señor Ministro, me parece prematuro hacer ningún tipo de valoración, porque, como S. S. conoce, la trascendencia de algunas de las modificaciones que ha apuntado implica modificaciones legislativas de primer orden, de manera que me parece prematuro en esta primera intervención hacer valoraciones de esa naturaleza y espero que tengamos ocasión de analizar en profundidad cuáles son esos cambios que sin duda van a comportar, dada la naturaleza jurídica del Insalud como entidad gestora de la Seguridad Social y dada la necesidad de seguir garantizando como autoridad sanitaria del Estado que la asisten-

cia sanitaria reúna las condiciones que la legislación establece; digo que tendremos ocasión de debatirlo y, por tanto, dejo para una fase posterior la valoración de cuál es ese plan de transformación del Insalud, partiendo de la base, como le digo, de que para abordar de manera ambiciosa una mejora sustancial del funcionamiento de los servicios sanitarios es razonable pensar que haya algo que modificar, el asunto es en qué dirección, con qué objetivos, con qué garantías y desde qué premisas.

Quiero agradecerle expresamente la valoración que ha hecho de la atención primaria, teniendo en cuenta que para el grupo político que represento, como S. S. sabe, la atención primaria ha sido uno de los objetivos en los que ha centrado más sus esfuerzos, de manera que la valoración positiva que ha hecho S. S. del estado de la atención primaria nos produce el reconocimiento que le expreso.

Me gustaría preguntarle si va a seguir el proyecto de libre elección de especialista. Su señoría ha hablado de libre elección del ciudadano, pero no ha concretado si la libre elección se refiere al profesional, al centro, etcétera. Es pronto, pero sí me gustaría saber qué perspectivas tiene respecto a la libre elección de especialista, que es un proyecto que iniciamos.

En definitiva, señor Ministro, la constitución de la ponencia que ayer efectivamente se aprobó por la unanimidad de todos los grupos políticos yo creo que sitúa el debate sanitario para esta legislatura en un ámbito en el que, en mi opinión, debió estar siempre, y del que nunca debió haber salido, pero no ha sido posible. Nunca es tarde. Desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos contribuir de manera decisiva a que la sanidad sea de verdad un asunto de todos. Desde este grupo y en esta primera comparecencia, señor Ministro, yo le ofrezco todo el apoyo para que sigamos avanzando en lo que ayer dijimos que vamos a avanzar: en la consolidación de un modelo en el que creemos, que vamos a defender. En la medida que las posiciones del Gobierno, sustentadas por el Partido Popular, se acerquen a esa concepción, nos encontrará colaborando. En la medida en que discrepemos, señor Ministro, lo haremos muy explícito.

En esta primera ocasión quiero expresarle algunas preocupaciones, algunas inquietudes, pero ningún prejuicio. Por tanto, atendiendo a lo que S. S. ha expresado hoy aquí, atendiendo a las declaraciones que desde que ha asumido la máxima responsabilidad sanitaria viene haciendo, quiero esperar a sus hechos y prestar la mayor atención a cuáles son sus decisiones y sus manifestaciones. Como le digo, a veces no es fácil, porque en el conjunto del Partido Popular la política sanitaria, según desde donde se exprese, ofrece matices muy distintos, y ése es un problema, señor Ministro, que también nos afecta y nos importa, porque la salud en todo el territorio debería tener la misma consideración.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Presidente.

Gracias, señor Ministro, por su comparecencia, por lo detallado de la exposición, que evidentemente se refiere a una diversidad de aspectos que tienen que ver con algo tan complejo y que responde a tantos determinantes extrasanitarios, como es la salud de la población y no exclusivamente los servicios sanitarios públicos. En cualquier caso, la comparecencia del señor Ministro en la Comisión de Sanidad, como ya ha sido señalado, es continuación del debate sobre aspectos sanitarios que tuvo lugar ayer en el Pleno del Congreso y que se saldó con una voluntad política expresada por parte de todos los grupos parlamentarios de debatir sobre el sistema sanitario público, sobre su mejora, sobre los niveles de equidad, sobre la aceptación de premisas básicas, como es la lucha por la disminución de las desigualdades en materia de salud, manteniendo la universalidad de la atención y, sobre todo, el carácter esencialmente público de un servicio social básico como son los sistemas sanitarios.

Probablemente, muchas de SS. SS. que pudieron escuchar ayer mi intervención en el Pleno del Congreso quizá se sorprendieron de que en representación del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya yo tuviera una intervención cargada de preocupaciones por lo que parece ser el eje rector de la actuación del Gobierno del Partido Popular en materia de servicios sanitarios, en un marco —que desde luego es muy de agradecer— en el cual los llamamientos al consenso, al debate, no solamente en aspectos sanitarios sino en otros aspectos del Gobierno, están caracterizando los primeros pasos del Gobierno del Partido Popular.

No obstante, yo creo que, sin prejuicios, es un ejercicio de responsabilidad política por parte de los grupos parlamentarios recordar la historia, recordar el contexto en el cual se producen determinadas manifestaciones, es decir, saber que no partimos de cero y que, sobre todo, en la sanidad hay una historia reciente, a nivel europeo y en nuestro país, que, en opinión de mi grupo parlamentario, actúa a través de mecanismos cuya sutileza y a veces jerga impide a la población saber cuál es la trascendencia de las medidas que se están tomando cuando sin embargo está habiendo reformas estructurales muy serias dentro de la sanidad pública.

Evidentemente, yo desconocía el contenido de la intervención del señor Ministro, la ponencia va a ser un órgano de encuentro, de debate, de información, de consenso y de dictámenes, lógicamente de resoluciones acerca de las recomendaciones a tomar por el Gobierno para la mejora de la sanidad pública. Sin embargo, usted hoy anuncia ya líneas generales básicas que van encaminadas —y he de agradecerle la claridad— a transformar los servicios sanitarios públicos en un enorme mercado interno, es decir, a introducir todos y cada uno de los aspectos fundamentales que exige el funcionamiento del mercado en la sanidad pública y la toma de decisiones, desde el punto de vista jurídico, que permitirán en su momento que ese mercado interno pase a ser un mercado externo, es decir, la privatización de los servicios sanitarios públicos.

Yo insisto —y los Diputados y Diputadas que me conocen saben que es una preocupación constante por parte de

mi grupo parlamentario— en saber qué ejemplo, qué modelo de servicios sanitarios existente en el mundo permite avalar la mayor eficacia, la mayor eficiencia del modelo que ustedes proponen. Todos los servicios sanitarios que han avanzados antes que el nuestro en la dirección en que se encamina el Partido Popular, así como en la dirección que algunas medidas tomadas anteriormente por el Partido Socialista lo hacían, de gestión empresarial de la sanidad pública, es decir, de gestión de la sanidad pública con criterios prioritarios de rentabilidad económica, de ahorro en el proceso y de obtención de beneficios, en detrimento de la rentabilidad socio-sanitaria que debe caracterizar a un servicio público, han supuesto incrementos enormes en la burocracia —usted lo ha señalado, señor Ministro—. Que el dinero siga al cliente —como, en mi opinión, sin ningún pudor ha dicho aquí usted esta mañana—, perseguir las facturas, exige un incremento de la actividad burocrática, de la actividad administrativa del sistema sanitario público —yo lo decía ayer con datos bien concretos— que supone que en Estados Unidos ese sistema conlleve que más de la mitad de los trabajadores por médico que existen en su sistema sanitario estén destinados a actividades burocráticas. ¿Qué mayor burocracia quieren ustedes? Evidentemente, esa burocracia es rentable. Esa es la diferencia. Esa burocracia permite conseguir la máxima rentabilidad económica en los servicios sanitarios.

Ustedes se plantean que el hecho de que exista financiación pública es la garantía de la definición conceptual, de la caracterización del sistema sanitario como un sistema público. Yo afirmo que el hecho de que la financiación sea pública no garantiza absolutamente nada; si además se habla directamente de que la provisión de servicios puede ser pública o privada, no hace más que institucionalizarse el parasitismo de una sanidad privada en nuestro país que tiene niveles de calidad bajísimos, que se ha desarrollado muy insuficientemente, y en estos momentos lo que se plantea es obtener una porción superior de la que tiene en estos momentos de la tarta de los Presupuestos Generales del Estado. Insisto, se trata de una sanidad privada que tiene, según datos del informe Foessa —ayer no tuve ocasión de citarlo—, cuatro veces menos médicos que la sanidad pública, en proporción a las camas, y cinco veces menos personal de enfermería. Es decir, la rentabilidad económica de la sanidad privada se consigue en detrimento gravísimo de la calidad de la atención. Afortunadamente, yo creo que la población en nuestro país eso lo sabe. La población en nuestro país sabe que para intervenciones de poco nivel, para los partos, para problemas sanitarios no muy graves, aspectos de hostelería de la sanidad privada pueden ser más aceptable, pero cuando hay problemas, y los problemas surgen incluso en intervenciones quirúrgicas en teoría de baja complejidad, pero complicaciones existen, en la sanidad privada no existe la suficiente dotación tecnológica, no existen en muchos casos unidades de vigilancia intensiva, y han llevado a sucesos bien conocidos, como la muerte de un niño de seis años en una intervención por una amigdalectomía en un hospital privado que carecía de banco de sangre y de unidad de cuidados intensivos. En su comunidad autónoma de procedencia, se-

ñor Romay, usted sabe perfectamente las reticencias de los familiares a aceptar la alternativa de la intervención en centros privados, y prefieren estar en camas en los pasillos de los hospitales públicos sobresaturados antes de aceptar intervenciones en los hospitales privados. En Madrid, en Alcalá de Henares, un hospital privado al que se le atribuye la realización de determinadas intervenciones de pacientes en lista de espera exige para esa intervención que el familiar acompañe al paciente, es decir, que el familiar asuma el ahorro en gastos de personal auxiliar de enfermería en función de los cuales la clínica privada obtiene sus rentabilidades. El problema se planteó cuando la intervención se propuso a un paciente ingresado en una residencia de ancianos que no tenía familiares y al que, por tanto, la clínica privada se negaba a intervenirle. Es decir, la sanidad privada, señor Romay, la introducción del mercado, reconocido por la Constitución, en el sistema sanitario público, mercado que mi grupo apoya, a la vez que el conjunto de medidas constitucionales, es una aberración desde el punto de vista democrático, desde el punto de vista de equidad, desde el punto de vista de la calidad de la atención.

Ayer en mi intervención no podía dejar de recordarle lo que ha pasado en Galicia, porque es un ejercicio de responsabilidad política, recordarle a usted y, sobre todo, informar a sus señorías, que pueden no estar relacionados directamente con esa parte del territorio del Estado español, que su actividad se ha dirigido fundamentalmente hacia la construcción de esas condiciones de introducción del mercado en la sanidad pública, hacia una política de desmembración del sistema sanitario público. No he escuchado ninguna palabra sobre ello en su intervención; pese a que ha utilizado usted algunos conceptos conocidos de salud pública, no ha hablado ni de integración de redes públicas ni de integralidad en la asistencia. Todo lo que se refiere, por el contrario, a la autonomía presupuestaria, a la competencia, al mercado interno conlleva inevitablemente la desmembración del sistema sanitario público en unidades de compra y en unidades en venta para la gestión privada de la sanidad pública.

Hay otro aspecto que usted ha tocado muy de pasada, e incluso la vocalización no ha permitido que el mensaje llegara muy bien, y, por tanto, yo se lo traslado como pregunta. Usted ha planteado que esa autonomía de los centros se propone con una vinculación laboral diferenciada específica, es decir, la autonomía de los centros, tal y como ha pasado en Galicia, supone una alteración unilateral de las condiciones laborales generales de los trabajadores del sistema público, que pasan a depender, en condiciones laborales diferentes, de la empresa adjudicataria de la provisión de determinados servicios sanitarios, de manera que trabajadores, profesionales, es decir, el conjunto de los trabajadores sanitarios, ven alteradas las condiciones de su contratación.

Yo le solicito que concrete el marco jurídico que usted ha señalado y al que hacía referencia la señora Amador. ¿Va a esperar usted a la conclusión de la ponencia, o esas decisiones básicas para llevar a cabo el conjunto de medidas que usted ha anunciado van a ser tomadas con anterioridad

a que la ponencia emita su informe? Se propone usted la transformación del Insalud en un ente público de derecho privado, es decir, en un modelo de sociedad anónima cuyas acciones pueden ser privatizadas de acuerdo con el modelo seguido en otras empresas públicas. ¿Cree usted posible desde el punto de vista jurídico, en el marco constitucional actual, que el patrimonio del Insalud como entidad gestora de la Seguridad Social y construido históricamente de forma mayoritaria con las cotizaciones de empresarios y trabajadores puede ser trasladado al ámbito del derecho privado? ¿Cómo se va a plantear el Partido Popular estas transformaciones en el marco jurídico? No lo ha señalado, probablemente por lo prematuro del término, pero yo se lo planteo, porque creo que es mi obligación: ¿va a introducir en esos planes piloto, en esas áreas piloto de las que usted habla, la gestión a través de fundaciones, tal y como se ha planteado en Galicia, es decir, empresas de gestión de recursos sanitarios públicos que sustituyen el derecho administrativo y el régimen de personal estatutario por el derecho mercantil y por el régimen laboral privado?

Señor Ministro, los plazos en la reforma de la atención primaria están más que quemados ya. Le recuerdo, porque quizá lo desconozca, que el Gobierno entonces del Partido Socialista, estando en el Ministerio el señor García Vargas, se comprometió firmemente ante este Parlamento y ante los agentes sociales a la culminación de la reforma de la atención primaria, es decir, el cien por cien de la atención cubierta con el nuevo modelo, para el año 1992. Estamos en 1996, hay más de un 30 por 100 de la población que sigue con el viejo modelo de las dos horas del ambulatorio, cuyos niveles de calidad son absolutamente inaceptables. ¿Para cuándo, señor Romay, se va a proceder a culminar la reforma de la atención primaria? Supongo que ahora está en plena elaboración del proyecto de presupuestos para 1997. En consecuencia, ¿qué medidas presupuestarias se van a tomar?

He creído entenderle —disculpe, porque tomar notas no teniendo un texto delante puede inducir a error— que en materia hospitalaria los recursos son suficientes. Hay algo que yo creo que cualquier persona que pasara por la calle le diría: ¿cómo puede haber listas de espera como las que hay si los recursos son suficientes? Es absolutamente absurdo, a no ser que piense que el sistema sanitario es suficiente, pero lo que pasa es que es improductivo. Yo no dudo de que haya niveles de no productividad en el sistema, pero usted ha hablado de un 13 por ciento de incumplimientos de contrato-programa, si no recuerdo mal. Evidentemente, señor Romay, las listas de espera señalan un desequilibrio importantísimo entre necesidades de la población y recursos sanitarios. Si usted dice que hay listas de espera, que los recursos públicos son suficientes, ¿cómo se culmina la ecuación? Trasladando el exceso de pacientes en listas de espera fundamentalmente a la sanidad privada. Los recursos sanitarios son suficientes porque usted está contemplando un incremento sustancial de la participación de la sanidad privada en la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, porque, si no, no lo entiendo. No entiendo cómo es posible que haya listas de espera y recursos suficientes.

¿Entiende usted, señor Romay, que la dotación de nuestro país es suficiente en cuanto a camas de media y larga estancia? Evidentemente, no. ¿Qué programa y, sobre todo, qué presupuestos piensa destinar su Ministerio a un plan indispensable en función de las necesidades de la población, del envejecimiento de la población, de las patologías prevalentes en nuestro país, que exigen que no se despilfarran camas muy caras de hospitales de agudos en la atención de patologías que requieren menores niveles de complejidad, de sofisticación y, por supuesto, de gasto?

Usted ha hablado del sida, incluso como una de las preocupaciones fundamentales de su Ministerio. Yo quiero hacerle una pregunta bien concreta no solamente con respecto a las modificaciones del plan, que lógicamente no conocemos, que pueda proponer su Ministerio, sino a un elemento que está siendo de gran preocupación para la población de enfermos de sida. Usted sabe que los avances científicos en este campo están siendo espectaculares en los últimos tiempos y, sobre todo, que hay unos medicamentos, los antirretrovirales, que producen una espectacular disminución de la carga viral con un tiempo de tratamiento relativamente corto para ser una enfermedad crónica y un incremento muy importante de la capacidad del sistema inmunológico del paciente. Estos medicamentos están en proceso de evaluación por la Agencia Europea del Medicamento. No obstante, dado el nivel de efectividad de los mismos, numerosos países de la Unión Europea han procedido a la compra de estos medicamentos como medicamentos extranjeros para su uso por las personas afectadas y, evidentemente, previa indicación médica, de manera que una numerosa cantidad de vidas humanas pueden salvarse directamente en función de la capacidad de acceso a este tipo de medicamentos.

Yo también le pregunto por el plan integrado de salud. A mí me ha sorprendido que un elemento de planificación, de gestión y de evaluación de los servicios sanitarios como es el plan integrado de salud, tal y como lo concibe la Ley General de Sanidad, no haya sido objeto de atención por su parte. Por tanto, no sólo le pregunto para cuándo estará el plan integrado de salud, sino qué función, como instrumento de planificación y de gestión de los recursos sanitarios, de definición de las prioridades y de las formas de funcionamiento de los servicios sanitarios, va a tener el plan integrado de salud, aunque permítame que le diga que, con el modelo de autonomía de mercado interno, el plan integrado de salud no parece que vaya a jugar un papel esencial.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego que vaya terminando.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Termino en este momento, señor Presidente.

En cualquier caso, señor Ministro, como no podía ser de otra manera, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya participará con todo interés en el desarrollo de la ponencia, colaborará con el Ministerio de Sanidad en algunos aspectos que no quiero dejar de señalar que nos parecen útiles, especialmente en lo que se

refiere a la utilización de genéricos en las prescripciones farmacéuticas, en lo que se refiere —veremos cómo se desarrolla— a la carrera profesional del conjunto de los trabajadores sanitarios y en algunos otros aspectos importantes.

Sin embargo, con mi intervención, yo he querido señalar, llamar la atención acerca de la alarma social que pudieran desencadenar medidas como las que el señor Ministro ha anunciado, alarma social que viene precedida por un alto nivel de conflictividad en la comunidad autónoma en la que el señor Ministro ha desarrollado sus actividades anteriormente. Su gestión tuvo la virtud de poner de acuerdo a un amplísimo espectro de fuerzas políticas, de centrales sindicales, de movimientos ciudadanos y de movimientos sociales en general, lo que ha provocado, en una comunidad autónoma con una experiencia de movilización que en general es relativamente menor que la del resto del Estado español, pocos meses antes de que el señor Ministro se incorporara a sus nuevas tareas —y lo aclaro por los gestos que veo en el señor Ministro—, una manifestación de 10.000 personas, según datos de la policía municipal, en la ciudad de Vigo, en contra de la gestión privada de la sanidad pública; en definitiva, en contra de medidas de privatización del sistema sanitario.

Para finalizar, señor Ministro, quiero decirle que tendrá toda la colaboración de Izquierda Unida en el desarrollo del sistema sanitario público, en la mejora de la calidad, en la mejora de la atención sanitaria, en la mejora de la equidad, pero también quiero anunciarle en este momento que, por responsabilidad democrática, por la legítima responsabilidad de este grupo parlamentario, según su programa electoral de defensa de los intereses de la población, no dude que en Izquierda Unida encontrará toda la oposición que seamos capaces de desarrollar en función de objetivos que creemos que pueden liquidar una de las conquistas sociales más importantes de la sociedad española en los últimos años, como es su sistema público de atención integral de la salud.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera i Ben.

La señora **RIERA I BEN**: Señor Ministro, gracias por su comparecencia.

Voy a ser breve en mi intervención, entre otras cosas, porque pienso que me lo agradecerá el conjunto de la Comisión. Teniendo en cuenta que ayer se aprobó por unanimidad la creación de una ponencia para el estudio de las reformas necesarias para la consolidación del sistema sanitario, no pienso que el día de hoy sea el más oportuno para que cada uno de los grupos políticos haga un exhaustivo análisis de la problemática que tenemos, que, sin duda, nos afecta a todos en un grado más o menos alto, depende de las competencias transferidas.

Querría señalar, señor Ministro, que el tono de su comparecencia me ha parecido ponderado y objetivo. Le agradecemos que haya sido capaz de crear este ambiente, que, como decía la señora Amador —comparto lo que ha dicho—, permite tener grandes esperanzas acerca de su ac-

tuación al frente de un Ministerio tan importante para el conjunto de la sociedad. En principio, parece que tenemos garantías de que va a primar el diálogo, las ganas de alcanzar el consenso, para que seamos capaces de encontrar soluciones entre todos, más que entrar en un ambiente de crispación, que difícilmente sirve para conseguir nada positivo.

Además de poner de manifiesto que estamos ilusionados y esperanzados con la gestión que usted pueda desarrollar en el Ministerio —sabemos, y usted lo ha manifestado públicamente, que hay una buena sintonía con nuestra Conselleria de Sanidad; usted ha alabado varias veces el modelo de gestión catalán—, querría aprovechar este momento para volver sobre un aspecto del que hablé ayer en el Pleno de la Cámara; pienso que, incluso que por alusiones, por los comentarios de la señora Maestro, es importante que hoy reitere de manera breve lo que dije ayer.

El Grupo Catalán de Convergència i Unió, que de alguna manera parecemos los abanderados de este modelo de gestión, tenemos muy claro, lo afirmo de manera rotunda, que nosotros no renunciamos a ninguno de los principios que tiene como bandera el modelo de sanidad establecido. Nadie se puede cuestionar, y desde luego no lo hacemos nosotros, que la sanidad tiene que ser universal y mantener unos principios de equidad e igualdad entre todas las comunidades. Esto es incuestionable y quiero reiterarlo.

Cuando nosotros hablamos de modelos de gestión competitivos, estamos hablando de modelos de gestión que sirvan para incrementar la productividad, que sirvan para incrementar la mejora del servicio y que, de alguna manera, sirvan para incrementar la satisfacción de los usuarios en este servicio. Yo discrepo totalmente, señor Ministro, y he de manifestarlo, de las consideraciones que acaba de hacer la portavoz del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, porque considero que los criterios de gestión privada, si son bien entendidos y no manipulados, no sólo incrementan la productividad, lo cual es necesario, porque si no estaríamos hablando del chocolate del loro. Si nos limitamos a decir que todos queremos más y, por otra parte, como es sabido, las políticas de convergencia europea nos obligan a todos a una reducción del gasto, alguna fórmula tendremos que encontrar para compatibilizar las premisas de mejorar los servicios y reducir el gasto. Habrá que tener imaginación. Entonces, estos criterios de gestión privada normalmente sirven para mejorar la productividad, para reducir —pienso— el gasto, ya que si hay competencia, hay interés en poder dar lo mismo a mejor precio, y además sirven —éste es un aspecto muy importante— para que los usuarios, que al fin y al cabo, no lo olvidemos, tienen que estar en el punto de mira de nuestros objetivos —nosotros no estamos hablando de un modelo de sanidad como un ente, estamos hablando de un modelo de sanidad que tiene como objetivo prestar un servicio a los ciudadanos del Estado—, mediante esta competencia en la gestión, puedan escoger el mejor servicio y sientan que son el objetivo, el punto de mira de este servicio de calidad que tienen derecho a percibir.

Para terminar, señor Ministro, he de decirle, una vez más, lo que ya expuse ayer en mi intervención. En Cataluña, los ciudadanos están bastante satisfechos de la gestión que la Consejería de Sanidad ha estado desarrollando en estos últimos años. El nivel de calidad de nuestra asistencia sanitaria podríamos decir que es bastante alto. Desde luego, tenemos aspectos por mejorar. Desgraciadamente, también nuestras listas de espera tienen unos índices superiores a los que serían deseables. Una vez más, señor Ministro, he de recordarle que, a pesar de que nuestro modelo de gestión nos autocomplace, por decirlo de alguna manera, tenemos un problema presupuestario importante. Tanto es así que si no conseguimos de una vez por todas que el presupuesto que se nos asigne esté de acuerdo con los gastos que efectivamente conlleva la gestión, nos veríamos obligados a tener que decir que no podemos dar los servicios al nivel que los estamos dando actualmente. Esto, como he dicho, señor Ministro, pensamos que es lo último que tendríamos que hacer. Nuestro objetivo es mejorar los servicios que actualmente se están prestando.

Por lo tanto, el trabajo que tengamos que hacer en esta Comisión será seguido con toda la atención por nuestra parte, contará con nuestra ayuda y colaboración en todo lo que sea posible, pero ya le avanzo desde este momento que el caballo de batalla que vamos a tener será hablar del modelo de financiación autonómica, porque si no será inviable seguir con la gestión que estamos desarrollando.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario del PNV, tiene la palabra el señor Olabarriá.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: Señor Ministro, le agradezco la información que ha expuesto de forma tan prolija y exhaustiva.

La verdad es que la intervención de mi grupo parlamentario no puede ser sustancialmente diferente a la que se articuló ayer en el debate de la proposición no de ley que pretendía y consiguió la creación de una Ponencia para estudiar los graves problemas que afectan al sistema sanitario.

Tras haberle escuchado atentamente, señor Ministro, creo haber aprendido y comprendido los grandes trazos y los grandes epígrafes de su política de Gobierno, en los distintos sectores, que se deben acometer en el aspecto sanitario, problemas no baladíes y de no fácil resolución, por cierto. Pero tengo que decirle también, con sinceridad, señor Ministro, que algunas de las cosas que ha dicho no se terminan de comprender con claridad.

Ha sido comentado ya por algunas de las portavoces que me han precedido en el uso de la palabra cómo hay una definición constitucional del modelo de atención sanitaria, que está consignado en los artículos 41 y 43, que consagran el derecho a la salud. Me refiero especialmente al artículo 41, que diseña un sistema público, y esto no es algo que requiera exégesis especialmente complicada. Un sistema público es un sistema público y eso quiere decir, señor Ministro, aunque parezca una tautología decirlo, que el sistema no puede ser privado. Dicho esto, es necesario mantener una cierta posición vigilante sobre la naturaleza

o la organización jurídica del sistema, porque su carácter público es un mandato constitucional que no puede ser discutido desde ninguna perspectiva, salvo que se reforme la Constitución y esta reforma de la Constitución sí que sería una reforma grave, porque éste es uno de los paradigmas del Estado del bienestar, señor Ministro. Siendo esto verdad, la identificación de un servicio público, de una actividad de naturaleza pública como tal, no impide la incorporación a su seno, en el ámbito de la gestión o incluso en otros, tal como la doctrina administrativa y el Derecho administrativo acredita, de entidades de naturaleza jurídico-privada. En definitiva, éste es un problema de articulación jurídica que admite múltiples fórmulas y ninguna de ellas, incluso la consistente en la incorporación de entidades privadas a la gestión en otros ámbitos, desclasifica o desnaturaliza el servicio como de carácter público.

Lo importante, tras esta digresión un poco farragosa y de Derecho administrativo, señor Ministro, es preguntarse dónde se va a hacer la definición del modelo. ¿Se va a hacer unilateralmente por parte de su Ministerio, o de su Gobierno, o va ser uno de los trabajos que vanos a endosar a esta Ponencia, en la cual todos ciframos grandes expectativas y grandes esperanzas por el debate de ayer en cuanto a la articulación de los grandes consensos políticos que la resolución de los graves problemas sanitarios requieren en el país, consensos políticos que no serán fáciles de articular, porque los grupos que están aquí representados mantenemos posiciones legítimas y filosóficamente diferentes? Desde esa perspectiva, ¿dónde se va a diseñar el modelo en las múltiples vertientes atinentes al modelo, a la organización, a su naturaleza jurídica y a la incorporación, integración o síntesis de su naturaleza jurídica que ha de ser necesariamente pública por mandato constitucional, también de instituciones de Derecho privado, de naturaleza jurídico-privada? Esa sería la primera cuestión que nos interesa conocer.

Las demás se las comentamos ayer. Nosotros sintonizamos con la filosofía que ha expuesto a grandes trazos. Yo creo que todos sintonizamos con algunos de sus principios filosóficos. ¿Quién duda de que se tiene que mejorar la eficiencia del sistema público y del sistema privado, a través de los elementos de complementariedad en los que se tiene que basar la articulación o juego conjunto de ambos sistemas? ¿Quién duda de que tiene que darse mayor autonomía a las instituciones sanitarias? Es un principio filosófico sobre el que por lo menos mi grupo parlamentario no tiene duda: Que hay que incorporar a los ciudadanos de alguna manera en la gestión del Sistema Nacional de la Salud. ¿Quién duda de que hay que mejorar la gestión, que hay que descongestionar y descentralizar o desconcentrar la gestión material del sistema, desde los aspectos de gestión administrativa pura y simple? ¿Quién duda de que todos tenemos que luchar por un crecimiento del presupuesto sanitario que sea razonablemente armónico con el crecimiento nominal de la economía? Yo no creo que ésa sea una filosofía dudosa, salvo que las dificultades presupuestarias y los requerimientos del plan de convergencia nos coloquen ante situaciones absolutamente insalvables. Pero hay cuestiones, señor Ministro, sobre las que sí exis-

ten dudas respecto a la metodología de actuación. Me estoy refiriendo ya a temas concretos, delicados, como el de la deuda sanitaria. Yo no he entendido muy bien si ha sido muy prolija o muy clara su exposición respecto a la metodología de afloramiento y de financiación de la deuda sanitaria y su cuantificación. Aquí andamos con un problema incluso de desconocimiento de cifras en temas tan elementales como cuál es el volumen de la deuda sanitaria. Esto no es un problema de consenso político; es un problema de hacer los números en serio, de una santa vez, conocer cuánto se debe en el ámbito de la sanidad y ver cómo se puede acometer un problema financiero-estructural de todo el Estado, de gran magnitud, que además va creciendo y lo hace en alguno de sus ámbitos en que se desahoga de forma desordenada, señor Ministro, particularmente en el ámbito farmacéutico. Incrementos de crecimiento del gasto en el ámbito farmacéutico del 12 ó 14 por ciento son presupuestariamente inadmisibles. Empiezan o pueden terminar afectando a la estabilidad financiera de un país. Hay que tomar en serio este problema y también hay que ver si este tipo de estudios, de trabajos y evaluación se va a endosar a la Ponencia. Quisiéramos conocer cuáles son las primeras medidas de cirugía correctiva, si me permite la expresión, dada la naturaleza o la dimensión del problema, que va a acometer su Ministerio. Asimismo, qué actuaciones tiene previstas para acabar con el viejo y lacerante problema en algunos casos de la demora en los pagos, de esos 445 días que se tarda en pagar en algunas comunidades autónomas. Estamos hablando de cifras verdaderamente escandalosas.

Sobre el régimen de personal, las portavoces que me han precedido en el uso de la palabra se han referido también a él. Pero no le he podido comprender cuáles son sus alternativas en este ámbito y cómo se vincula la autonomía de los centros sanitarios a la nueva configuración del estatuto de personal, en definitiva de la vinculación del personal sanitario a las instituciones sanitarias. Si su pretensión es, como algún periódico o algún medio de comunicación ha indicado, citando declaraciones suyas, entrar en un proceso de laboralización del personal, de alguna forma haciendo desaparecer el carácter estatutario que tiene en este momento la mayoría del personal de la sanidad. También los aspectos sanitarios que no afectan —y éste sería el problema— a las relaciones contractuales laborales o al régimen laboral, al estatuto de los profesionales, del médico, en cuanto a la naturaleza jurídica del acto médico, la relación con los enfermos, etcétera.

También quisiéramos saber qué planes —si su pretensión es ir avanzando progresivamente hacia un proceso de laboralización del personal— tiene sobre este aspecto, si se van a incrementar las consignaciones presupuestarias para establecer algún tipo de compensación económica a fin de facilitar la voluntariedad en este tipo de decisiones, por parte de los profesionales que van a ver novada o modificada su relación o vinculación contractual con las instituciones sanitarias. Asimismo, deseáramos conocer si va a mantener, y en algún sitio se está haciendo, algunos derechos, como la posibilidad de mantener una situación de excedencia respecto a su condición de personal estatutario

o algunas de estas cuestiones que afectan al modelo de relaciones laborales en este ámbito de nueva recomposición del sistema sanitario público que usted propugna.

El tema de las listas de espera es una cuestión no fácil y tampoco han sido demasiado prolijas sus explicaciones en este ámbito. Hay un problema hasta de cuantificación de las listas de espera, que son diferentes en unas y otras comunidades autónomas, en virtud de los criterios metodológicos utilizados para su identificación. Yo no quiero ser petulante ni hacer apología de lo que realiza una comunidad autónoma como la mía, pero creo que el procedimiento correcto para la evaluación y cuantificación es el de considerar que la lista de espera se produce desde el momento en que se diagnostica una enfermedad que requiere intervención quirúrgica hasta el momento en que esa intervención quirúrgica se produce. Los demás son elementos maquilladores, cosméticamente, de los sistemas de cuantificación de las listas de espera. Sea cual sea el volumen de espera, nos gustaría saber qué procedimientos a corto plazo, al margen de lo que se determine en la Ponencia para el estudio de los problemas de la sanidad, estima usted convenientes, como alternativa o complementariamente, para uso complementario, si la contratación de nuevos profesionales exclusivamente o con otras medidas, si la partición del actual horario continuado que existe en la mayoría de los centros, o mediante la ampliación voluntaria de la jornada laboral. Me parece que usted ha enfatizado esta última medida a través de una normativa de autoconcertación. La verdad es que en el gobierno vasco los responsables sanitarios están satisfechos del buen funcionamiento. La reducción en Euskadi de las listas de espera ha sido verdaderamente espectacular a través de un sistema de autoconcertación y, sin embargo, ha generado problemas y críticas en algunos sectores del mundo sanitario que afortunadamente, como suele pasar con las críticas poco fundadas y demagógicas, han ido decayendo, han ido degradándose y han terminado por desaparecer, señor Ministro. No tenga miedo tampoco a críticas desaforadas en ocasiones porque lo que hay que hacer es tomar decisiones valientes en problemas estructurales y difíciles, y luego, si los resultados son los que son previsibles, las críticas quedan deslegitimadas, internamente deslegitimadas.

En este ámbito me gustaría saber si va a hacer alguna política de detracción de presupuestos adicionales, de recursos presupuestarios adicionales, o se detraerán de otros conceptos presupuestarios las cantidades que va a ser necesario consignar para reducir este lacerante problema de las listas de espera. El problema financiero tampoco en este ámbito es baladí.

En cuanto a la política farmacéutica, ayer le planteábamos tres grandes cuestiones que deben ser objeto de valoración no sé si en la Ponencia. La verdad es que estamos en una situación político-administrativa un poco complicada, porque está su Ministerio y sus líneas de actuación y de repente se interfiere una ponencia que va a trabajar sobre todo lo que corresponde a sus competencias propias. Luego veremos cómo se articula un poco la coordinación entre lo que usted tiene que hacer, tiene que planificar, y lo que tiene que estudiar e intentar consensuar esta Ponencia.

Estas cosas se van articulando también sobre la marcha y esperemos que el funcionamiento sea, en todo caso, armónico, señor Ministro. Pero sí nos gustaría saber si en materia de gasto farmacéutico tiene planificadas actuaciones mucho más intensas de las que hemos conocido hasta ahora, con todos los respetos a los anteriores responsables de la política sanitaria del país, en materia de supresión del vademécum financiado por el Sistema Nacional de Salud de medicamentos de dudosa utilidad terapéutica, el restablecimiento de un marco diferente con la industria farmacéutica mediante la ampliación del convenio o reducción, en su caso, con Farmaindustria; de la autorización, pero no necesaria financiación por esa autorización, de nuevos medicamentos de no contrastada utilidad. Podría citar algunos, pero no quiero entrar en un debate de esta naturaleza tan pormenorizada. Hay medicamentos que pueden ser autorizados, pero no tienen que ser necesariamente financiados. Podemos desagregar estos dos discursos conceptualmente. Una de las propuestas que mi grupo va a hacer a la Ponencia es la nueva política de genéricos y actuaciones sobre la distribución y dispensación mediante la aprobación de un decreto que no le he oído anunciar sobre márgenes, aunque sé que está en sus planteamientos políticos aprobar una nueva normativa sobre esta importante materia.

Habría que plantearse también —no quiero imprimir carácter ideológico a mi debate, como tampoco quiero incorporar elementos de alarma que todavía serían prematuros e impertinentes a la población— si van a estudiar ustedes la posibilidad de introducir mecanismos de contención del gasto, soportados por el usuario de alguna manera, sin que esto suponga ningún tiempo de afectación a la accesibilidad a estos medicamentos.

Por último, señor Ministro, hay un problema que nos sigue preocupando —y nos debería preocupar a todos—, que es la falta de sintonía entre los nuevos profesionales que van formando las facultades de medicina y la capacidad de absorción profesional del Sistema Nacional de Salud, así como el tema del desempleo de nuevos licenciados que está adquiriendo unas dimensiones también pavorosas. Se calcula que puede haber en el año 2005 más de 40.000 licenciados en medicina sin empleo, sin posibilidades materiales de empleo alguno, cuya formación ha costado en algún momento, mientras duró el sistema MIR, más de cuatro millones de pesetas a la Administración pública. Existen 26 facultades en el Estado español y todavía hay ciudades que piden la creación de otras nuevas, y casi ningún tipo de *numerus clausus* a través de aplicación de principios de autonomía universitaria. Este es un problema muy serio y hay que tomárselo muy en serio también, señor Ministro. Nos gustaría conocer qué opinión y qué tipo de actuaciones tiene previstas realizar también en este ámbito: papel del usuario, papel de los profesionales en la gestión.

Son múltiples cuestiones, señor Ministro, y no le voy a agotar tampoco en esta primera intervención de mi grupo parlamentario y casi la suya. Estamos en el preámbulo, en el frontispicio, como se suele decir en esta Institución, de sus actuaciones públicas en este ámbito y vamos a esperar

que del consenso de la Ponencia, del buen funcionamiento y de la suerte puedan derivar los elementos que reformen razonablemente los graves problemas estructurales que el Sistema Nacional de Salud padece en estos momentos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez Rodríguez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: Señorías, nuestro grupo está muy satisfecho con la comparecencia del señor Ministro por muchas razones, entre ellas porque, iniciando un camino que yo creo que va a continuar, ya comenzó el diálogo con los responsables del gobierno de Canarias en materia sanitaria. Desde mi puesto como parlamentario, puede contar con nuestro democrático apoyo y colaboración.

Al igual que le decíamos ayer a su paisano señor Rajoy, no vamos a hacer preguntas. Más que nada algunas puntualizaciones desde la óptica o atalaya canaria, mezcladas con temas genéricos de todo el país porque tenemos que ser solidarios ante esta problemática nacional. Pero sí quisiera una aclaración, que redundaría en la pregunta que le hace el señor Olabarriá, sobre el déficit del organismo sanitario, el alcance del mismo y cómo será tras la incorporación de esas partidas negativas, así como su valoración con respecto a la lógica existencia de déficit en todos los regímenes sanitarios como el nuestro, que es de sanidad pública, que existen en la Unión Europea. Por ejemplo, usted citó el alemán.

Ahora permítanme que entre en mi pequeña intervención. Quiero decir por anticipado que vaya mi admiración y agradecimiento a la sanidad pública de Canarias, especialmente en mi ciudad de Las Palmas de Gran Canaria por unas circunstancias personales, pues gracias al magnífico servicio hoy tienen ustedes la desgracia de estar soportándome y yo la suerte de estar escuchándoles. Parto de la base de que esto es importantísimo, es una conquista social que forma parte del Estado de bienestar y es algo irreducible e irrenunciable.

Coalición Canaria tiene que reconocer también por anticipado el esfuerzo que han hecho en la anterior legislatura el Ministro de Administraciones Públicas, nuestro paisano Jerónimo Saavedra, y la señora Ministra de Sanidad, doña Angeles Amador, por cuanto que la materia sanitaria ya está transferida a la comunidad canaria. Nuestro agradecimiento porque ha sido una transferencia bien hecha, tanto en material de personal, como financiera y administrativa.

Desde esa responsabilidad que supone haber asumido recientemente las transferencias sanitarias del Insalud, Coalición Canaria apuesta claramente por la protección del servicio sanitario público al considerarlo vital para las clases más desfavorecidas y desprotegidas de la sociedad. Se trata de una protección que se ha convertido en un logro de las sociedades occidentales al incidir directamente en la solidaridad e igualdad entre los ciudadanos. En este sentido entendemos que el modelo sanitario español reúne las características esenciales de lo que debe ser este servicio en una sociedad democrática y avanzada. Por tanto, sin

que neguemos la posibilidad de que el sistema actual sea mejorable desde el punto de vista de la organización y de la gestión, existen elementos esenciales en este Sistema Nacional de Salud que no deben ser modificados bajo ningún concepto. Estos elementos son la financiación pública a través de los presupuestos generales del Estado, un amplio catálogo de prestaciones gratuitas y la universalidad. Nosotros defendemos la continuidad del sistema en estos términos, sin olvidar al sector privado, que puede complementar al sector público en la prestación de servicios a los ciudadanos, como venimos haciendo en Canarias desde la asunción de las transferencias en materia de sanidad. Es decir, por un sistema público concertado con la privada, que está consiguiendo —es uno de los caminos— la minorización de las lamentables y vergonzosas listas de espera. Desde luego, señor Ministro, aplaudimos fervorosamente ese plan de reducción que nos ha anunciado hoy con toda clase de detalles.

La descentralización de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas, por otro lado, ha supuesto un importante avance para los ciudadanos y parece evidente que este proceso ha contribuido a mejorar el servicio público en aquellos territorios donde las transferencias se han materializado.

Por lo que respecta a Canarias, nos sentimos satisfechos de una andadura iniciada hace más de dos años, ya que este Gobierno ha desarrollado una política sanitaria propia que ha permitido corregir un manifiesto abandono de varias décadas por parte de la Administración central. En este sentido creemos que las transferencias de las competencias a los gobiernos autónomos debe constituir —como ha dicho el señor Ministro— una parte de la política sanitaria general.

Sin embargo, el principal problema que preocupa a Coalición Canaria en relación al Sistema Nacional de Salud lo conforma el modelo de financiación de la sanidad pública en España debido a que tradicionalmente ha sido insuficiente. No obstante, hay que reconocer que el acuerdo de financiación firmado entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Economía y Hacienda para el período 1994-1997 establece un marco financiero más realista que en etapas anteriores. A pesar de ello este acuerdo ha quedado en cierta medida desvirtuado debido a las medidas de ajuste que se establecieron para el período 1994-1995 y que representó una reducción del presupuesto de ese período en 149.000 millones de pesetas. Además creemos que en materia de financiación el sistema actual no considera algunas especificidades que son determinantes en el gasto sanitario y que afectan directamente a nuestra comunidad autónoma. Estas son: Primero, efecto —y usted, señor Ministro, lo conoce porque ha prometido estudiarlo— de la población flotante sobre el sistema que, al consumir servicios sanitarios no expresados en el modelo de financiación, agrava el gasto. Esta población no contemplada supone un 10 por 100 más de la población de derecho. Me explicaré. Canarias tiene una población de 1.600.000 habitantes. Recibimos 10 millones de visitantes al año. Sabemos que los estados a los que pertenecen los súbditos a los que atendemos, casi todos, el 99 por 100 de la Unión Euro-

pea, satisfacen los gastos que se originan en nuestras islas, pero los satisfacen al Estado español y el Estado español no compensa, no remite los fondos. Quizá haría falta una solución sanitaria para los responsables que se olvidan de remitir adonde se ha producido el gasto, Canarias, esos importes que —fíjense bien— pueden suponer cifras muy importantes, del orden de los 10.000 millones de pesetas anuales, como mínimo.

Segundo, coste de la insularidad. Sabemos todos que la insularidad está reconocida como un hecho diferencial en la Constitución española y en otras leyes, que en el caso de Canarias representa la necesidad ineludible de generar servicios asistenciales en el ámbito especializado atendiendo exclusivamente a circunstancias geográficas y que no se justificaría en un territorio continental atendiendo únicamente a criterios poblacionales. En la actualidad, la distribución de los recursos financieros de la sanidad pública en base a la población protegida no considera este hecho diferencial canario, pese —repito— a estar reconocido en la Constitución española y en la Ley orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas o LOFCA. Esta ley ofrece posibilidad en otros campos y ámbitos competenciales que, de haber sido aplicada en el sector sanitario, representaría un 30 por 100 más de recursos de los que con el método actual obtiene Canarias. Por otro lado, nos parece que, aunque debemos seguir insistiendo en mejorar la eficiencia de los servicios públicos en general y de los sanitarios en particular, es evidente que en materia sanitaria hemos implementado mejoras en la organización y gestión que han supuesto en los últimos años un avance indiscutible.

Sin embargo, no hay ninguna duda de que algunos de los elementos del gasto sanitario deben corregirse, como, por ejemplo, el gasto farmacéutico, que representa el elemento más distorsionador de la evolución del gasto sanitario. En España sucede así, ya que mientras que el crecimiento del gasto sanitario se sitúa en el siete por ciento anual, el farmacéutico crece a razón del 15 por 100 anual. Por esta razón, desde Coalición Canaria entendemos que en este momento es clave el debate sobre el control del gasto público y, obedeciendo a los criterios asumidos por España en Maastricht en lo relativo al gasto farmacéutico en España, hay que buscar una solución a este gran problema. Es preciso destacar la necesidad imperiosa de introducir medicamentos en formulación genérica, como se ha dicho aquí, que en algunos países ha representado una reducción de este gasto en un 30 por 100. No hay que olvidar que en el caso español menos del uno por ciento de los productos está en formulación genérica, mientras que en los países de nuestro entorno este porcentaje se eleva a alrededor del 30 por 100. Además de esta medida se deberían establecer mecanismos de control en la eficacia de gestión del gasto público más rigurosos en la introducción de nuevos productos en el Sistema Nacional de Salud. La salvedad de estos controles quedaría justificada por la eficacia demostrada de estos nuevos productos. El control de precios es muy necesario y también sería conveniente la promulgación de esa norma sobre los márgenes.

Apoyamos la libertad de elección, apoyamos la formación y reciclaje del personal, pero también pedimos, como también ha dicho otro portavoz, la resolución urgente y grave del problema del universitario. Creemos que se deben aprovechar todos los avances tecnológicos para las mejoras sanitarias, que pueden llegar de la aplicación de la informática, que todos los ciudadanos tengan y utilicen ese carné informático que, aparte del ahorro que pueda suponer, puede salvar muchísimas vidas y que existe ya en otros países, como en Suecia.

Señor Ministro, aunque somos fervientes admiradores de la economía de mercado, abogamos también fervientemente que educación y sanidad sean un sistema público, que aquí no se ha negado. Nadie ha pedido convertir las instituciones públicas en sociedades anónimas. Aquí lo que se ha dicho y lo que nosotros aplaudimos es la aplicación de técnicas empresariales en una gestión óptima de servicio público. Eso es lo que se pide y es lo que está en todos los sistemas racionales europeos occidentales públicos.

Hay que señalar también que estamos hablando de algo que es incuestionable. Se ha dicho que es algo que está por mandato imperativo de la Constitución española en su artículo 43. Señor Ministro, pedimos que a través de ese plan integral de salud se consiga de una vez para siempre —a ver si lo logramos— una mejora del nivel de vida y una mejora del Estado del bienestar, que es lo que se está haciendo y que se debe, hay que reconocerlo, al Gobierno anterior, y que se continúe en esta línea a ver si conseguimos más vida a los años y más años a la vida.

No quisiera terminar mi intervención sin felicitarnos por el carácter unánime del acto de ayer tarde, que fue emocionante, al conseguir una uniformidad de criterio de todos los grupos políticos ante un importantísimo tema como es el sanitario. Y en esa felicitación incluyo también al compañero Villalón.

Por último, como decían los romanos a sus amigos, señor Ministro, *salutem plurimam*.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez.

Para cerrar el turno de intervenciones de portavoces, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Ministro de Sanidad y Consumo, mis primeras palabras en esta intervención lógicamente tienen que ser de saludo hacia el señor Ministro en su primera comparecencia en esta Comisión de Sanidad y Consumo, pero no solamente saludo al Ministro sino al equipo ministerial que hoy le acompaña. Y quiero que el saludo no sólo sea en representación del Grupo Popular, sino, como me han transmitido los Diputados de este grupo, de una forma personal, manifestándole a usted nuestro apoyo y más inquebrantable lealtad a su persona y al proyecto sanitario que usted representa. También le deseo una eficaz gestión a lo largo de esta legislatura al frente del Ministerio de Sanidad que, como algunas ilustres señoras

rías conocen, es un ministerio complicado, difícil de satisfacer y con grandes niveles de responsabilidad al tratar uno de los grandes valores que tienen los hombres y mujeres, como es la salud.

Le queremos transmitir asimismo el deseo de que la Comisión de Sanidad y Consumo se constituya como uno de los pilares básicos de la política sanitaria en el ámbito del Estado español, según se puso de manifiesto en el día de ayer a través de la propuesta de creación de la ponencia cuya primera iniciativa partió del Gobierno de la nación. El Ministro cuenta, lógicamente, con la colaboración de los Diputados del Grupo Popular y, por lo que hemos visto y oído a lo largo de esta sesión, con los Diputados de la Comisión de Sanidad y Consumo.

Entrando ya en lo que el Ministro ha dicho al explicar la política general de su Ministerio, habría que señalar que la intervención del señor Ministro ha sido intensa y extensa. Ha sido una visión pormenorizada de lo que es la realidad sanitaria de nuestro país. Ha ido tocando los problemas y las situaciones conflictivas que tenemos en nuestro país desde el punto de vista sanitario. También tendría que decir, señor Presidente, que, a lo largo de mi experiencia parlamentaria, he visto varios ministros de Sanidad y, sin lugar a dudas, ésta ha sido la comparecencia más extensa y mejor estructurada de todas las que he tenido la satisfacción de oír.

Señor Presidente, voy a hacer un simple paréntesis para decir que al Grupo Popular le gustaría que estas intervenciones se remitieran al artículo 203 del Reglamento de esta Cámara, donde se establece que los grupos fijarán su posición respecto a los comparecientes, en este caso respecto a la intervención del Ministro. Y no quiero yo, por supuesto, en esta primera intervención en la Comisión, hacer un turno en contra o un turno de réplica a las intervenciones de otros portavoces. Tendría que decir a alguna de las ilustres Diputadas que hay que olvidar tiempos pasados, que hay que afrontar la realidad y el futuro de nuestro país desde el punto de vista sanitario y también que la política sanitaria del Partido Popular la marca el Gobierno y no la marca nadie más.

Dicho todo esto, me parece oportuno hacer un pequeño balance de la intervención del señor Ministro en la Comisión, respecto a las líneas generales que ha planteado. Creemos que el señor Ministro ha puesto de manifiesto una visión de lo que es la política sanitaria desde el Gobierno y ha establecido la situación sanitaria desde los distintos parámetros y desde los cambios que se están dando en nuestra sociedad, cambios de hábitos de la sociedad española, cambios por las nuevas tecnologías y los avances científicos, y ha establecido unas grandes líneas de actuación. Quizás olvide mencionar alguna, pero podrían ser los siguientes: sistemas de información en el ámbito sanitario, ordenación sanitaria, reordenación de los recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, y política de concertación.

Desde el punto de vista de lo que es el Ministerio de Sanidad en sí mismo, se ha referido lógicamente a la salud pública y ha aludido no solamente a medidas de prevención de la enfermedad, sino también actuaciones sobre

otras áreas claves, como él ha denominado: cáncer, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, sida y salud mental. Ha hecho referencia a la política de trasplantes, y quiero hacer también aquí un pequeño inciso para señalar el talante con el que el Partido Popular ha llegado al Gobierno y, en particular, el Ministro señor Romay ha llegado al Ministerio. Cuando se ha visto que había personas competentes en distintos aspectos de la administración, cuando se ha visto que había personas que eran capaces de llevar a cabo un buen programa sanitario a lo largo de los próximos años, se les ha mantenido en sus puestos. No se ha llegado al Ministerio con la sensación de borrón y cuenta nueva. Y digo esto al hablar de los trasplantes porque se ha mantenido al coordinador nacional de trasplantes, de la misma forma que se han mantenido en altos cargos del Ministerio a otras personas que han trabajado con eficiencia de cara a la sociedad española.

Dentro del papel del Ministerio, me parece oportuno hacer referencia a algunos de los aspectos fundamentales que ha indicado el señor Ministro. Por ejemplo, la descentralización del Sistema Nacional de Salud; el acuerdo con las comunidades autónomas, no solamente de cara al futuro y en relación con las transferencias del Insalud, sino también respecto al marco y al modelo de financiación; la potenciación del consejo interterritorial y la defensa de los principios básicos de equidad y de universalización para los españoles, desde el punto de vista sanitario. Da la sensación de que, en estos momentos, las actuaciones del Gobierno y del Ministro van en la línea que yo creo que se ha marcado en los últimos años desde el Partido Popular.

Con referencia a la política farmacéutica, ha expresado su preocupación por el aumento del gasto, por la desviación del presupuesto por este gasto farmacéutico, por el hecho de que se establezca la vía de los medicamentos genéricos o la relación con lo que se denominan oficinas de farmacia. Ha aludido al establecimiento de normas básicas con respecto a los horarios, a las guardias, a que haya más farmacéuticos en las oficinas y ha señalado la necesidad de establecer una norma estatal sobre la regulación de las oficinas de farmacia. Creo que son pautas que nos hacen ser optimistas desde el punto de vista de lo que va a ser la gestión del Ministerio.

El Ministro se ha referido también al establecimiento de objetivos en relación con la ordenación de las profesiones sanitarias, en el gran marco de lo que sería la ordenación sanitaria, desde el punto de vista de lo que es la promoción de los recursos humanos y la incentivación de la carrera profesional. Ha establecido grandes retos para el Ministerio, como pueden ser los perfiles profesionales, el régimen de formación especializada, la formación continuada, la carrera profesional, como decía antes, y el ajuste entre la oferta y la demanda en los profesionales. Otro reto sería regular la situación del sector de enfermería o diplomados universitarios de enfermería, establecer las especialidades y homologación a tenor de lo que ya existe en otros países, fundamentalmente en la Unión Europea, la formación y docencia, la relación entre la formación universitaria y la formación de postgrado. Estos son algunos de los aspectos fundamentales a los que el Ministro se ha referido y que a

nosotros, sin dejarnos llevar por la pasión, nos hacen sentirnos optimistas. Ha aludido al Instituto de Salud Carlos III, desde el punto de vista de lo que es el aspecto científico de la sanidad, al Consejo interterritorial y a la colaboración de las agencias de evaluación tecnológica. Y, por supuesto, dos aspectos importantísimos de la intervención del Ministro han sido el Sistema Nacional de Salud y el Insalud. El Sistema Nacional de Salud ha mantenido la universalidad, la eficiencia de los servicios y las técnicas de gestión, pero cree el Ministro —y nosotros con él— que hay que mejorar las estructuras desde el punto de vista de la organización y de la gestión. Decíamos ayer —y lo ha repetido el Ministro— que es una estructura seguramente rígida y burocratizada, que hay deficiencias en la libre elección de los ciudadanos, en conseguir que la calidad y la rapidez de los servicios que requieren los ciudadanos sea un poco el denominador común de lo que los ciudadanos españoles desean. Ha hecho referencia, como no podía ser de otra forma, a las listas de espera y al modelo de organización y gestión, y ha esbozado algunas de las soluciones que desde el Ministerio se plantean. Pero bien es verdad, como han manifestado algunos de los que me han precedido en el uso de la palabra, que hay que esperar a los acuerdos de la ponencia para establecer las soluciones definitivas, desde el punto de vista de la financiación y provisión, estableciendo dos líneas de actuación administrativa diferenciadas, la autonomía de gestión de los directores y gestores de los centros sanitarios y la libre elección. Y ha dicho textualmente —y alguno de los Diputados lo ha criticado—: El dinero sigue al enfermo. El Ministro ha intentado establecer lo que significa la descentralización en las profesiones sanitarias, el hecho del límite en el gasto y la orientación de los recursos según las necesidades del ciudadano.

Un apartado importante es el referido al Instituto Nacional de la Salud. Por supuesto, cuenta con nuestro apoyo a la reestructuración administrativa del Instituto Nacional de la Salud, al establecimiento de la secretaría general de asistencia sanitaria, con cargo de subsecretario, y los cuatro directores generales que establece el organigrama de este órgano de gestión.

Completar las transferencias y la autonomía de los centros sanitarios han sido las dos grandes líneas de actuación desde el punto de vista de lo que es el Insalud. Ha hecho referencia —y no ha ocultado cifras— a lo que es la situación financiera, a las listas de espera, a las medidas que se pretenden adoptar para mejorar los problemas que suponen las listas de espera, el incremento de la actividad quirúrgica y el aumento de colaboración con otros centros sanitarios —ha puesto el ejemplo de tres centros en Madrid, la capital de nuestro país: el Carlos III, Santa Cristina y la Cruz Roja— y ha hablado de autoconcertación, de conciertos con centros privados, del establecimiento de una oficina central que regule o coordine todo aquel seguimiento sobre la gestión de estas listas de espera.

Yo creo que es difícil esquematizar en pocas palabras la extensa intervención del Ministro, como decía antes. Ha hablado —me parece muy importante— de un plan piloto sobre la autonomía hospitalaria. Se han establecido pautas sobre el contrato-programa, las unidades de medida como

puede ser el GRD, sistemas informáticos, uso racional del medicamento en los hospitales, y no ha escatimado palabras en alabanzas a aquellas cosas de administraciones anteriores que el Ministro considera que están bien hechas y aquellas que hay que mejorar. La atención primaria, la atención especializada, la estructura administrativa, la relación entre la atención primaria y la atención especializada y el establecimiento de un plan estratégico del Insalud son, en resumidas cuentas, señor Presidente, algunos de los aspectos importantísimos que el Ministro ha anunciado como programa del Gobierno en política sanitaria.

Voy a terminar, señor Presidente, y creo que a modo de resumen se puede decir que lo que plantea el señor Ministro en esta Comisión es hacer más eficiente el sistema sanitario, potenciar el Consejo Interterritorial, concluir las transferencias sanitarias, en resumidas cuentas, mejorar la calidad asistencial de los ciudadanos de nuestro país.

Ya para finalizar quiero hacer referencia a la afirmación de un prestigioso político y pensador de la Europa Oriental, como es Vaclav Havel. Decía, hablando de los políticos: «Es mucho más importante para un político saber comunicarse y conservar el sentido de la medida, tener capacidad de percepción y comprensión de los problemas y la mentalidad de la gente.» Yo creo que el Ministro Romay tiene esas cualidades y por eso nosotros confiamos plenamente en él.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar a las distintas intervenciones de los portavoces, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Yo quiero agradecer a todos sus intervenciones y sus críticas, cuando las hubo, que han sido todas constructivas y de las que yo, estoy seguro, voy a aprender mucho, y nada más lejos de mi ánimo que tratar de rehusarlas, sino, por el contrario, recibirlas todas con espíritu de quien quiere aprender.

A la señora Amador le agradezco especialmente su oferta de diálogo, su entendimiento de la política sanitaria como una política de Estado, que evidentemente lo es, pues la salud es un bien demasiado importante y la política sanitaria una actividad demasiado trascendente y demasiado costosa como para que no tratemos de preservarla de cualquier debate que no sea estrictamente motivado por estas razones básicas del Estado, y por tanto espero que todo esto se traduzca en hechos constructivos a lo largo de la legislatura.

Con respecto a las observaciones que ha tenido la amabilidad de hacer, podría hacer algunas precisiones. En cuanto al papel del Ministerio, yo comprendo que una reforma de la profundidad de la que hemos afrontado pueda suscitar las dudas que le suscitó a ella acerca de si quedaría suficientemente dotado el Ministerio para ejercer el papel que le corresponde en el Sistema Nacional de Salud. Pienso que, dentro de la política de austeridad, las funciones de todos los órganos que ejercían actividades relacionadas con el Sistema Nacional de Salud se mantienen, unas han pasado a depender directamente de la Subsecre-

taría y otras de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria —las que tenían más conexión con lo que es la asistencia sanitaria—, cerca del Insalud, donde está todavía una parte de la asistencia sanitaria global del estado; algunos de esos órganos, que no han salido del Ministerio, están en la Secretaría General de Asistencia Sanitaria como parte del Ministerio, de modo que no han salido del Ministerio, se han situado, dentro del Ministerio, en la parte más relacionada con la asistencia por razones de operatividad. Desde allí ejercerán funciones en relación con el Sistema, en relación con el Insalud, y a ese criterio responde básicamente esta operación.

En estas cosas siempre hay un problema de elección, y todos nos vemos en la necesidad de optar. Seguramente sería mejor tener dos directores generales, uno que pudiera hacer sólo lo del Sistema Nacional de Salud y otro que pudiera llevar la actividad presupuestaria, el seguimiento del presupuesto del Insalud, su redacción, control y gestión. Puestos a elegir, nosotros elegimos tener un director general de presupuestos y de gestión económica en el Insalud, que tiene que hacer el presupuesto del Insalud, que es muy complejo, y en el que hay que tener una participación muy activa, que tiene que llevar con los centros de una clase y de otra la gestión de ese presupuesto del billón 300.000 millones, en vez de tener un director general en el Ministerio que en realidad recoge ese presupuesto del Insalud, que le viene prácticamente hecho, porque es muy difícil que se pueda hacer fuera del organismo, y que eleva esos gastos al conjunto del Sistema Nacional de Salud, con funciones que yo no quiero minimizar, pero, puestos a elegir, nosotros elegimos tener ese director general en el Insalud y una oficina presupuestaria de menor nivel bajo la tutela del Subsecretario para extrapolar al Sistema Nacional de Salud las cifras presupuestarias dentro del marco de financiación de la sanidad.

En cuanto a la financiación, es verdad que por parte de algunos representantes del Ministerio de Trabajo hubo esas referencias, que yo entiendo que fueron coloquiales, de quien está gestionando los recursos básicamente de la Seguridad Social y que hace unas cuentas un poco elementales: si no fuera por esto de la sanidad, la Seguridad Social iba muy bien, nos llegaban los recursos, podíamos pagar sin problemas las pensiones. Pero yo no creo que tenga más trascendencia que ésa, es una manifestación coloquial.

Todo se tiene que financiar, es verdad que las cuotas de la Seguridad Social están concebidas para sostener en parte los servicios sanitarios y que esa parte sostenida por las cuotas ha ido disminuyendo, hasta hay un acuerdo para que toda la financiación del Ministerio de Sanidad salga de los presupuestos, y yo estaría contentísimo de que eso se aplicara cuanto antes y nuestros amigos de Trabajo se quedarán muy contentos con sus cuotas y sus pensiones y las otras obligaciones que tienen del Sistema de Seguridad Social. Creo que el tema no tiene mayor trascendencia que ésa.

El sistema sanitario yo creo que nos merece a todos la consideración de un sistema que ha prestado un enorme servicio a la población y que ha contribuido —y creo que

lo hemos dicho todos— a la cohesión social del país, a la convivencia pacífica, en la medida que la paz es la obra de la justicia, y la solución solidaria y justa de los problemas de la sociedad y de la sociedad más débil frente a las demandas de salud es un componente de estabilidad, de paz, de solidaridad y de cohesión social que creo que justifica que todos tengamos por nuestro sistema de salud el afecto y la admiración que tenemos, lo cual es compatible con que algunas manifestaciones de la forma en que se prestan esos servicios y de su gestión creen también algunas exasperaciones en algunas personas que lamentablemente no pueden ser atendidas siempre con la diligencia, la puntualidad y la facilidad a que aspiran muchas veces los ciudadanos, pero creo que el sistema sanitario español goza de un aprecio básico de la población, aunque se produzcan en ocasiones estas circunstancias a las que me refiero.

Yo diría que las listas de espera, más que consustanciales con los sistemas nacionales de salud, son consustanciales con una forma de los sistemas nacionales de salud que tiene una base fundamentalmente de corte administrativo, burocrático, con poca competitividad dentro del propio Sistema Nacional de Salud, y creo que eso sería lo que tendríamos que tratar de resolver y de mejorar para que también en ese punto de las listas de espera el incremento de las actividades dentro del sistema y la mayor competitividad de las instituciones permitiera esa atención más rápida a los ciudadanos.

La señora Maestro se refirió también a esta cuestión. Yo no creo que sea tanto un problema de desajuste cuantitativo de los recursos con las necesidades como de un mejor aprovechamiento de los recursos. En ocasiones se ha visto —y no quiero poner de ejemplo el caso de Galicia— cómo en otras comunidades autónomas un aprovechamiento más intenso de los recursos y más eficiente ha permitido, con los mismos medios, conseguir resultados más satisfactorios para la población y alcanzar niveles muy estimables, como es el caso del País Vasco, al que luego me puedo referir también.

Creo que viendo, como vemos, que desgraciadamente no siempre todo se hace bien y a veces muchas cosas salen mal, en prestigio del Sistema Nacional de Salud, si alguna cosa sale mejor no será malo que se sepa también. Creo que con eso contribuiremos a prestigiar un sistema que presta unos servicios tan importantes. Si algo de las listas de espera saliera bien me alegraría, más que por mí, porque se viera que con el Sistema Nacional de Salud éramos capaces de dar un servicio mejor a los ciudadanos.

En ordenación farmacéutica, a la que se refería también la señora Amador, tengo algunas ideas que ya anticipé en mi intervención. Trabajamos sobre la conveniencia de dictar una normativa básica que facilite la ampliación del número de farmacias, que facilite que las farmacias puedan estar abiertas más tiempo, puedan tener más servicios de urgencia y puedan contar con más farmacéuticos, que además de resolver un problema de ocupación de estos profesionales contribuiría también a un mejor servicio, en la medida en que serían más profesionales a trabajar en estas farmacias en que, por su volumen, estuviera justificado el que contaran con más de un farmacéutico.

El Plan de Salud es algo sobre lo que trabajamos también. No podemos perder de vista esa referencia nacional del Plan de Salud como algo que todos consideremos que debe ser una referencia general en el conjunto de España y asumido por las comunidades autónomas, y sobre esa base nos proponemos terminar los trabajos y avanzar, poniendo mucho acento en que, o es algo que realmente asumen todas las comunidades autónomas como algo propio que les puede servir de referencia, o valdrá mucho menos. En todo caso, puede tener que ver con esas prioridades que dejé apuntadas en la intervención como algo que corresponderá al Ministerio en su papel, dentro del Sistema Nacional de Salud, de impulsarlas y propiciarlas. Algunas de esas áreas claves a las que antes me refería están en esa línea de buscar algunos asuntos en los que haya un consenso entre todos, porque merecen una atención especial por parte de todos los servicios sanitarios.

En cuanto a las habilitaciones legales a las que me he referido para que el Insalud pueda disponer de medios organizativos jurídicos, que le permitan contar con otras posibilidades de gestión, estoy diciendo lo que digo: no se trata de hacer una transformación radical de todo el Insalud, porque no sería bueno ese tipo de medidas, ni es mi forma de entender cómo se tienen que gestionar estos servicios y cómo se tienen que introducir las innovaciones, que siempre tendrán que ser gradual y consensuadamente, y experimentando. Hay que hacer experiencias pilotos; ver si dan los resultados esperados. En algunas ocasiones sabemos ya, por experiencias anteriores, que las cosas van bastante bien, pero trataremos de aplicarlas a los casos concretos con esta mentalidad de hacer la reforma gradual y consensuadamente, como creo que se debe hacer si queremos que lleguemos a buen puerto.

De modo que no hay por qué preocuparse en cuanto a que vayamos a tomar medidas de difícil marcha atrás. Creemos que no serán necesarias pero, en todo caso, serán graduales, consensuadas y lo más pacíficas posibles.

Esto tiene algo que ver, y lo anticipo, con algunas de las preguntas. ¿Cómo se entiende esto con una ponencia constituida para estudiar todas estas cuestiones? Por una parte, nosotros anticipamos algunas de las ideas que vamos a llevar a la ponencia. Me parecía obligado decir algo de lo que pensábamos en relación con eso y no quedarme absolutamente callado por el hecho de que esté una ponencia constituida para estudiar estas cosas. Nosotros apuntamos estas ideas. Las vamos a debatir allí. Vamos a ver hasta qué punto merecen el consenso, y estaremos dispuestos a buscar ese consenso y a tratar de atenarnos a las consecuencias del mismo.

En todo caso, creo que algunas de estas medidas que pudiéramos anticipar, y que no son en ningún caso un cambio radical, son compatibles con ese planteamiento de que las grandes directrices y las grandes cuestiones queden remitidas a las conclusiones del trabajo de la ponencia.

En relación con la libre elección, trataremos de avanzar en ese camino. Es un camino complejo, como la señora Amador sabe, sobre todo a la hora de pensar en la efectividad de esas medidas, en la realidad práctica y en la instrumentación de las mismas, en que se lleven a la práctica.

Eso nos parece que pasa por procesos de información muy complejos, pero trataremos de avanzar, porque creemos en ello y hemos dicho que es algo en lo que tenemos déficit y tenemos que tratar de superarlos lo antes posible.

Muchas veces ha hecho la señora Amador referencia a mis compañeros de grupo, para los que yo le pido comprensión. A veces, si miramos la propia historia a lo mejor algo aprendemos. Seguro que si la señora Amador repasa las actas del Congreso de los Diputados de las legislaturas de hace algunos años y ve algunas cosas de sus compañeros, también tendrá más comprensión. Los dos hemos tenido responsabilidades de Gobierno. Nos conocimos ya desde esa posición. Eso condiciona mucho y yo me alegro muchísimo de que, después de haber pasado los dos por esa experiencia y de saber lo difícil que es gestionar esos servicios, encuentre en la señora Amador la misma comprensión que creo que ella tuvo por mi parte, aunque yo no era la oposición formalmente dicha, cuando teníamos que debatir cuestiones de esta naturaleza en los órganos en los que estábamos juntos, y creo que los dos pusimos siempre todo lo que estaba de nuestra parte para tratar de acertar en las decisiones en bien de la política sanitaria de España.

A la señora Maestro también la he escuchado con mucha atención. Yo creo que sabe usted muy bien que cuando todos hablamos de estas cosas y utilizamos estas palabras que traemos de otros ámbitos de la economía a este sector de los servicios sanitarios, las usamos con mucho cuidado, poniéndolas entre comillas, sabiendo —y se lo quiero decir— que éste es un bien de unas características tan especiales que yo no creo en la privatización de estos servicios, pero no lo creo por la naturaleza del servicio, por el bien que tratan, por el papel que desempeñan en esta tarea los proveedores de estos servicios. Esto no es un mercado, pero tampoco es algo que se pueda sustraer totalmente a un poco de competitividad a esos estímulos.

Si llegáramos a estar de acuerdo en esto, en que esto de verdad no es un mercado, que es un bien muy especial que hay que sustraerlo de los avatares de muchas cosas del mercado, pero que es compatible con tratar de conseguir más productividad, más competitividad, sabiendo muy bien —creo que antes lo dije— que éste es un asunto muy delicado y que hay que tratar de estimular las cosas que hay que hacer y el trabajo de los profesionales y desincentivar otras, entenderíamos que ésa es la grandeza y la servidumbre de la gestión de estos servicios, y que hay que encontrar unos equilibrios exquisitos y unas sofisticaciones muy grandes.

De verdad no sería nada bueno privatizar esto, porque es un bien (aparte de las connotaciones sociales que se tengan) al que le va muy mal el mercado, pero algo de competitividad y de competencia yo creo que sí le va bien, así como la incorporación a la gestión de los servicios públicos de algunas técnicas que se han revelado más eficientes y que hay que tratar de hacer compatibles con valores que estoy seguro que para S. S. son muy estimables. No se trata de eludir criterios de objetividad en la selección de personal; no se trata de prescindir de ninguna garantía en políticas de personal. Pero eso es diferente de pensar que debemos mantener intocable el sistema burocrático administra-

tivo con que nacieron estos servicios cuando eran otra cosa. En todo el mundo —y no en los Estados Unidos, que no es el modelo para nosotros, de ninguna manera—, en los países de Europa con los que más nos relacionamos y nos comparamos, todos los que tenían modelos sanitarios como el nuestro de servicios públicos integrados —y usted ha citado Inglaterra, pero también Suecia—, han iniciado procesos de flexibilización de estas estructuras burocratizadas, que se compadecen mal con la prestación de servicios tan especiales, que no son privados, pero son públicos muy especiales, como son los servicios sanitarios, con el papel tan relevante de profesionales en estos servicios, que deciden cosas tan importantes. Pues yo creo que eso es algo que tenemos que intentar también aquí en defensa del sistema público, en defensa de esta conquista que no puede seguir siendo acusada de que tiene ineficiencias que se pueden evitar, y esto es lo que tenemos que perseguir entre todos. Yo creo que si nos ponemos de acuerdo en que éstos son los planteamientos básicos, después podremos encontrar las fórmulas para preservar todos estos valores, y por eso espero mucho de trabajo entre todos.

La verdad es que en Europa y fuera de Europa —porque Canadá es un ejemplo también de esto —se puede decir que donde más satisfacción encuentran los usuarios de estos servicios es realmente donde, sobre bases de financiación pública y de aseguramiento universal, pueden elegir más, y en algunos países hasta son capaces de conseguir que eso no se traduzca en un coste excesivo. Y eso yo creo que es lo más singular del ejemplo alemán, que consiguen al mismo tiempo satisfacción de los usuarios con libertad de elección, y esos regímenes básicamente de aseguramiento público y financiación pública, pero que con este juego de la competencia interna, dentro del sector público, los ciudadanos pueden elegir, encuentran más grado de satisfacción, y con esas fórmulas de los contratos públicos, a que antes me refería, y de los presupuestos globales consiguen una contención relativa del gasto, que creo que es algo que todos tenemos que intentar. De modo que la provisión va a seguir siendo básicamente pública. No se trataba de alterar las proporciones, sino de aprovechar los recursos que hay. Efectivamente, Povisa lo aprovechamos. Usted citó algunas de esas experiencias de Vigo. No se trata de que cerrara un hospital de 600 camas en la ciudad de Vigo. Preferimos hacer los acuerdos pertinentes, y con muy poquito más dinero, pero bien aprovechado por las dos partes, Povisa pudo salir adelante y nosotros pudimos tener más y mejores servicios, y con una satisfacción aceptable de la población, según todos los indicadores que tenemos. Creo que ésa fue una forma razonable de afrontar esa situación que, por otro lado, no vino a alterar allí ninguna proporción de lo público y de lo privado, porque esa institución ya existía.

Por lo que se refiere a la desmembración que le dicen a usted que hicimos en el servicio gallego de salud, fue abrir un hospital que se acababa de construir bajo la fórmula de una fundación, que es de la Comunidad Autónoma, que es pública aunque luego se llame privada, porque ejerce el derecho privado, pero que es absolutamente, cien por cien, de la Comunidad, y que se gestiona con buena satisfacción

de los profesionales que trabajan allí y de los pacientes que atiende, y también tengo que decir que con menor coste que los hospitales convencionales homologables. Creo que ésa es una experiencia no sólo nuestra, en otros sitios la ha habido también, y no la debemos despreciar. Trataremos de salvar todo lo que haya que salvar de sus planteamientos, que estoy seguro que su razón tienen también cuando usted los hace. Eso creo que excluye todas esas preocupaciones, lo que va a pasar con el patrimonio del Insalud. Nada sale del ámbito de donde tiene que estar. El plan de la primaria procuraremos terminarlo, así como el plan estratégico, que esperamos tener terminado y con todos los datos disponibles antes de fin de año.

En cuanto a las listas de espera, yo creo que ya las comentamos. Nuestro objetivo fundamental es afrontarlas mejorando nuestros recursos. En esta primera fase tenemos que acudir, todavía a lo mejor en una mayor medida de lo normal, al apoyo del sector privado, pero el objetivo estructural sobre el que trabajamos es con mejoras en la productividad, eliminación de cuellos de botella, viendo dónde falta un quirófano, o si el cuello de botella está en las camas de reanimación, o dónde se pueden liberar unas camas con un hotel de pacientes, o dónde podemos hacer más hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, todas estas medidas que S. S. conoce tan bien. Es decir, por esas vías debemos tratar de resolver los problemas y, desde luego, nada más lejos de nuestro ánimo que meternos en ningún proceso de privatización.

En cuanto a la cantidad de recursos, yo creo que es básicamente suficiente, lo cual no quiere decir que no pueda haber desajustes territoriales. El número de las necesidades de camas de agudos S. S. sabe tan bien como yo que están disminuyendo. Plantea usted un problema que sin duda vamos a tener, que es el de la atención a los ancianos asistidos que necesitan unos mínimos cuidados sanitarios. Por ahí es perfectamente previsible que las demandas no estén atendidas con la oferta actual. Ese es un problema sociosanitario y entre todos tendremos que ir buscando solución para atender esa necesidad creciente que tenemos en el horizonte.

En relación con el sida, puedo decirle que el uso de esos nuevos medicamentos, en la medida en que lo necesiten nuestros pacientes, está garantizado por las vías a que S. S. se refirió también. Sobre el plan integrado, yo creo que ya he hablado. No quisiera yo que saliera de aquí ninguna alarma social. Ninguno de los valores de nuestro sistema sanitario público está en cuestión con ninguna de estas medidas, ni con las que podamos discutir en la ponencia, ni con alguna puntual que podamos hacer para hacer un plan piloto de ver si un hospital lo podemos cambiar de forma jurídica, que será siempre consensuando con los profesionales, pactando soluciones, algunas se apuntaron aquí, que se pueden quedar en excedencia en otro sitio... Yo creo que algo tenemos que hacer con el marco jurídico del personal que trabaja en nuestros servicios. También es algo en lo que no es difícil que nos podamos poner de acuerdo. Espero que entre todos encontremos las mejores soluciones para dar satisfacción a todos los intereses legítimos que hay en juego en este tipo de operaciones.

En relación con el nivel de conflictividad social en Galicia, yo tuve la satisfacción de hacer todas las reformas importantes que hicimos con un máximo consenso de las fuerzas sindicales, y quedaba esa espina de la privatización de Vigo, señora Maestro. Si alguien induce a la gente a pensar que crear una empresa pública para gestionar unos aparatos de alta tecnología, que nos parece que eso va a permitir un mayor aprovechamiento de ese recurso y más facilidades, es privatizar la medicina, produce una alarma; y seguramente sale la gente a manifestarse si lo que les dicen es que se va a privatizar la sanidad. Pero si realmente lo que se hace es crear una empresa pública para gestionar unos aparatos de alta tecnología y prestar esos servicios con un poco más de flexibilidad, dentro del sector público, al servicio del sector público, con todo desinterés, pues realmente creo que no estaría justificada ni la alarma ni la conflictividad. Nosotros no defendemos más que los intereses de la población y no tenemos más intereses que los de la población. En la medida en que el sector privado aporte recursos y medios, que están ahí, para que, bien aprovechados, redunden en un mejor servicio de la población, contaremos con ellos, pero sin más objetivo que aprovechar bien esos recursos para atender bien a la gente.

En cuando a la señora Riera, le agradezco también sus palabras de aliento, su oferta de diálogo. Es verdad que yo he aprendido muchas cosas de la sanidad catalana, lo he dicho allí y lo digo aquí. Creo que lo hicieron ustedes muy bien y con un respeto absoluto a los principios del sistema de salud, a la defensa del sector público, que consiguieron ustedes gestionar muy bien y hacerlo más eficiente y más aceptable por los ciudadanos, pero supieron en el sector público introducir estos elementos de mejora de gestión. Creo que es algo que lo hicieron ustedes bien y yo no tengo ningún reparo en aceptar que soy un admirador de esas políticas, y que creo que, en la medida en que se puedan aprovechar en otras partes, debemos hacerlo. No renunciamos a ningún principio y, efectivamente, buscamos esa mayor competitividad.

También comprendo la preocupación financiera. Estos son servicios muy costosos, las demandas son muy preocupantes, están todas ahí, la tecnología es costosísima, la demanda aumenta por razones de muy diversa naturaleza y comprendo la preocupación financiera para atender estos servicios como es necesario, y naturalmente que me tendrán a su lado para tratar de concienciar, entre todos, a quienes tienen que tomar las decisiones últimas sobre el manejo de los recursos públicos para que la sanidad siga mereciendo la mayor consideración por parte de los poderes públicos y se pueda mantener y mejorar, como es el deseo de todos, un servicio tan importante. Es verdad que en Cataluña tienen algunos problemas que seguramente el actual modelo de financiación no resuelve con toda equidad, y que existen esos problemas de las gentes que se vienen a intervenir aquí, que ocasionan unos sobrecostes a la sanidad catalana porque no están atendidos por el modelo, y creo que eso tendremos que debatirlo entre todos para ver si, entre todos, avanzamos sobre los actuales criterios de distribución de recursos sanitarios.

El señor Olabarriá planteó muchas cuestiones. Básicamente las que se refieren al modelo, a la base constitucional del sistema público, están comentadas en relación con intervenciones anteriores. También comprendo la preocupación por el gasto farmacéutico y por el gasto sanitario en general de algunas comunidades autónomas, en alguna medida eso trasciende lo que son las competencias del Ministerio. Ya hemos hablado del gasto farmacéutico. En relación con las medidas que comenté, también puedo decir que algunas de las que él citó estaban consideradas en el texto, pero yo no pude leerlo todo; también se considera la posibilidad de restringir la entrada en el Sistema Nacional de Salud de algunos medicamentos en condiciones que lo hagan aconsejable; y en relación con el estatuto de personal, creo que lo que he comentado también es suficiente respecto a lo que él nos había planteado.

Por lo que se refiere a las listas de espera, tengo que decir que en el País Vasco, aplicando medidas como las que hemos comentado esta mañana, han conseguido esa reducción; tienen unos tiempos de espera que yo creo que ya están muy cerca de lo que podría ser deseable; deben estar por debajo de los sesenta días de espera como media, y eso en patologías de esta naturaleza, que ninguna es urgente, como todas SS. SS. saben, se está acercando a lo que son ya unos plazos de espera perfectamente asumibles por una sociedad de las características de la nuestra. Yo me congratulo de que en el País Vasco, con una buena gestión y una buena administración, hayan conseguido estos niveles de eficacia en el sector público, y también reseño, por lo que conozco, que están en esta misma línea de aprovechar las posibilidades que el ordenamiento jurídico ofrece para conseguir estos mayores niveles de eficiencia en la gestión del sector público.

Al señor Gómez Rodríguez también le agradezco su oferta de colaboración y su apoyo. Le felicito por la transferencia que recibieron los canarios, negociaron bien y lo están haciendo bien después de la transferencia; me consta que hay servicios muy sensibles en los que la comunidad canaria está consiguiendo niveles de gestión que nos producen admiración a todos. Por eso creo que se les puede felicitar. También comprendo sus preocupaciones sobre el sistema de financiación y las peculiaridades canarias en ese punto, que trataremos de tener en cuenta para conseguir esos mayores niveles de equidad y de justicia en el reparto de recursos. Le agradezco ese apoyo a la introducción de estas técnicas de gestión privada en el sector público —me parece que lo ha dicho así—, que no es en absoluto privatizar ni caer en ninguna medida de esa naturaleza.

Al señor Villalón, ¿qué le voy a decir? Que sin el apoyo de los grupos que sustentan al Gobierno, los gobiernos no podrían estar o serían otros. De modo que para mí el apoyo del Grupo Popular es absolutamente fundamental, le agradezco sus buenos deseos para mi gestión, el apoyo que me expresó, y acepto con mucho gusto ese planteamiento de que la Comisión de Sanidad y Consumo sea un foro en el que nos veamos asiduamente y en el que podamos debatir con profundidad y con el mejor espíritu constructivo cues-

tiones de tanta importancia como son las que se refieren a la política sanitaria de un Estado, que es un sector absolutamente fundamental.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

Terminado el orden del día, y antes de levantar la sesión, yo quiero agradecer profundamente a las señoras y señores portavoces de los distintos grupos el desarrollo que ha tenido la Comisión, que yo creo que es una norma

que deberíamos implantar a partir de este día, norma de moderación, de talante dialogante, porque es bueno para la Comisión pero, sobre todo, es bueno para la sanidad y bueno para la sociedad, y agradecer al señor Ministro, cómo no, que con su comparecencia también haya marcado una pauta de moderación, de brillante exposición, de diálogo y de promesas que espero y deseo que todos podamos ver cumplidas en bien de la sociedad.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.