



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1996

VI Legislatura

Núm. 79

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTE: DON FELICIANO BLAZQUEZ SANCHEZ

Sesión núm. 3

celebrada el jueves, 17 de octubre de 1996

ORDEN DEL DIA:

Comparecencias de personalidades y funcionarios de la Administración del Estado, al objeto de informar sobre temas relativos al proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1997. (Número de expediente 121/000015.)

Se abre la sesión a las cuatro y treinta minutos de la tarde.

COMPARECENCIAS A CELEBRAR ANTE LA COMISION DE SANIDAD Y CONSUMO, EN RELACION CON LA TRAMITACION DEL PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA 1997 (número de expediente 121/000015):

— **DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLON LEAL). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA.** (Números de expedientes 212/000339 y 212/000342.)

El señor **PRESIDENTE:** Buenas tardes a todos. Se abre la sesión.

Damos la bienvenida al señor Subsecretario de Sanidad y Consumo, don Enrique Castellón, en su primera comparecencia ante esta Comisión.

Como saben sus SS. SS. por el orden del día, esta sesión trata de las comparecencias previas al debate del proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 1997. Sólo hay una solicitud de comparecencia, como decía, a petición del Grupo Parlamentario Socialista.

Si más preámbulos damos la palabra al portavoz de dicho grupo parlamentario, señora Amador.

La señora **AMADOR MILLAN**: Señor subsecretario, en nombre de mi grupo le quiero dar la bienvenida a esta Comisión en su primera comparecencia y agradecerle su presencia aquí para despejar algunas dudas y dar algunas explicaciones, en las que mi grupo está muy interesado.

Como conoce, habíamos pedido la comparecencia de la Directora General de Farmacia habida cuenta del protagonismo que en estos presupuestos tiene la farmacia, tanto desde el punto de vista de su traducción numérica como desde el punto de vista de las trascendentes modificaciones legislativas que se introducen en la conocida como ley de acompañamiento. En todo caso, agradezco que usted, responsable de la Dirección General de Farmacia, pueda atender esta petición de aclaraciones que le vamos a formular.

Hay una cuestión previa, señor subsecretario, que le voy a plantear después al Secretario General de Asistencia Sanitaria en la medida en que tiene atribuida, según el decreto de organización del ministerio, la responsabilidad del presupuesto del Insalud. Pero habida cuenta que es una cuestión medular y previa a todo el debate presupuestario que en materia sanitaria podamos tener, me parece que siendo usted el segundo cargo del ministerio su información es absolutamente relevante.

Por ello, como cuestión previa al análisis del presupuesto, me gustaría rogarle una explicación sobre la aplicación del modelo de financiación a la hora de elaborar el presupuesto de 1997 y, específicamente, en el problema que ha sido objeto de debate público en estos meses previos, que es el planteamiento que se ha hecho desde otras formaciones políticas, y concretamente desde Convergència i Unió, en el sentido de la deuda sanitaria, de la aplicación del modelo y sus deficiencias. Por tanto, quiero preguntarle cómo se ha resuelto la discrepancia manifestada públicamente y reiteradamente por el Gobierno de la Generalidad de Cataluña en relación con la aplicación del modelo de financiación, cuál ha sido el resultado de esa negociación en el ámbito sanitario y su traducción en el presupuesto. Esta es la cuestión previa. Ya sé, como he dicho antes, que el presupuesto del Sistema Nacional de Salud está atribuido al Secretario General de Asistencia Sanitaria, pero dada su relevancia como responsable del ministerio me parece imprescindible conocer también su opinión sobre este tema.

Señor subsecretario, voy a hacer un repaso de las cuestiones que en el análisis del presupuesto nos suscitan alguna duda, primero en cuanto al reflejo de las cifras y después respecto a la ley de medidas fiscales.

Me gustaría alguna aclaración en relación con el presupuesto del sida. Hay una reducción, según las cifras de que disponemos, y quiero preguntarle a qué se va a aplicar esa reducción y a qué va a ir destinada una consignación de 150 millones a instituciones, que figura expresamente.

En el ámbito de los servicios generales del ministerio, me gustaría saber qué van a hacer con las publicaciones. Se ha suprimido el programa de publicaciones y figura únicamente una partida de 27 millones. Mi preocupación se dirige a saber si se van a mantener las revistas de información terapéutica y de salud pública que el ministerio edita. Nos parece que las publicaciones de sanidad, por la trascendencia que tienen, son importantes. Quisiera que me hiciera alguna aclaración sobre las publicaciones del Ministerio de Sanidad.

En el área de la salud pública, señor Subsecretario, me gustaría saber si se va a hacer el laboratorio de Vigo, en el ámbito de la sanidad exterior; si en el seguimiento del Plan Nacional de Hemoterapia se va a seguir ocupando el ministerio de la promoción de la hemodonación, que no figura o figura de una manera muy poco explícita, y nos parece un ámbito en el que la autoridad sanitaria tiene mucho que hacer. Le quiero preguntar por qué no figura la estadística de atención primaria en el mantenimiento de los sistemas de información sanitaria. Qué ocurre con el registro de donantes de reproducción asistida, sobre el que tampoco hay ninguna referencia y estaba a punto de ser puesto en marcha.

En el ámbito de la farmacia tengo algunas consideraciones que hacer, que me parecen de especial trascendencia a la hora de examinar este presupuesto. El Gobierno, señor subsecretario, viene situando el gasto farmacéutico, la política de farmacia, en la máxima prioridad en los últimos meses, abriendo un gran debate en la opinión pública, en los afectados, que somos todos, en los sectores, anunciando medidas tendentes a reducir el gasto farmacéutico.

El señor Presidente del Gobierno, al contestar una pregunta en el Pleno, hizo referencia expresa al acuerdo alcanzado por el Ministerio de Sanidad con Farmaindustria para limitar el crecimiento del gasto farmacéutico al 2,5 por ciento. Además se ha anunciado la reducción por decreto de los márgenes de las oficinas de farmacia y de los distribuidores en tres puntos. Con esos antecedentes, señor subsecretario, produce verdadera sorpresa ver consignado en el capítulo correspondiente a farmacia un crecimiento del 14,21 por ciento.

Me gustaría que nos explicara cómo se compaginan semejantes anuncios y semejantes compromisos con la distancia enorme que hay entre el 2,5 admitido como crecimiento en los acuerdos con Farmaindustria y el 14,21 que se consigna en el presupuesto. Si a eso se añade que en la ley de acompañamiento se prevé una disposición en virtud de la cual las deducciones o los descuentos que se obtengan se van a poder deducir en la contabilización del gasto, que hasta ahora no se hacía, quiere decirse que con estas medidas que acabo de reseñar todavía hay que sumar a ese 14 tres, cuatro o cinco puntos, de manera que aquí debe ha-

ber algo que no entendemos porque no es comprensible esta disparidad.

Además, en el ámbito de la farmacia que, como digo, tiene un gran protagonismo en estos presupuestos y en la política del Gobierno, me gustaría que nos explicara, señor subsecretario, a qué razones obedece la introducción del artículo 142 en la ley de acompañamiento, que crea la definición de la especialidad farmacéutica genérica. Es verdad que el ámbito de medicamentos genéricos en nuestro país es muy pequeño, pero existen y se han registrado. Salvo que me diga que no se podía hacer, quisiera saber qué añade esta nueva definición de especialidad farmacéutica genérica; por qué el Gobierno considera necesario modificar la ley para introducirla; qué alcance tiene la exigencia que el artículo que define a la especialidad farmacéutica genérica contiene respecto al estudio de bioequivalencia y al uso clínico continuado. Si la especialidad farmacéutica genérica es un principio activo, que está ya fuera de la protección de la patente, porque ha vencido el plazo de protección del monopolio que la patente representa, ¿por qué son necesarios estudios de bioequivalencia y acreditar el uso clínico continuado en el supuesto, por ejemplo, de un medicamento que pierde la protección de la patente pero que lleva utilizándose 20 años?

El artículo de la ley de acompañamiento que prevé el establecimiento de un sistema de precios de referencia, señor subsecretario, también requiere, a nuestro juicio, alguna aclaración. ¿Cree el Gobierno que con la Ley del Medicamento vigente y con el decreto de financiación selectiva no es suficiente para establecer precios de referencia? La redacción del artículo que comienza estableciendo la condición de que se hará a medida que se vayan introduciendo en el mercado los medicamentos genéricos, ¿a qué responde? ¿Por qué se condiciona la introducción en el mercado de los medicamentos genéricos a la decisión del Gobierno de establecer precios de referencia? ¿Cuál es el sistema de precios de referencia en el que el Gobierno está pensando, de los conocidos y experimentados en países europeos? ¿Por qué no se consigna la obligación de informar al paciente acerca del alcance de lo que significa el precio de referencia? Nos gustaría, señor subsecretario, que nos explicara la razón, el objetivo y cuáles son los planes inmediatos del Gobierno para introducir en la ley de acompañamiento estas medidas.

Señor Castellón, de la interpretación de la disposición general que regula las tasas —no estrictamente referidas a las sanitarias— en la ley de acompañamiento, puede deducirse que los derechos de examen se han convertido en tasas. Me gustaría conocer su opinión. Si es así, ¿cómo se van a financiar los exámenes MIR a partir de ahora?

En el ámbito del Insalud —sin perjuicio, como le digo, de la comparecencia del secretario general—, también hay una serie de decisiones trascendentes sobre las que es obligado preguntarle al Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Respecto al plan estratégico del Insalud —que está mencionado en los documentos que acompañan al presupuesto, en la memoria, en los objetivos—, quiero preguntarle quién lo está haciendo. Si se está haciendo en el Ministerio, me gustaría saber si tiene anclaje o conexión

con el plan de salud y con el contrato-programa. Si se está haciendo en el ministerio, me gustaría saber también quién tiene la responsabilidad, habida cuenta que la dirección general competente en esta materia, la que hizo el plan de salud y el plan estratégico, ha desaparecido. Y si no se está haciendo en el ministerio, señor subsecretario, me gustaría saber quién lo está haciendo, por qué procedimiento se ha contratado, cuánto va a costar ese plan estratégico, cuáles son los objetivos y quién los fija y en qué plazo va a estar concluido, habida cuenta que a lo largo del presupuesto se hace referencia a él y que es un instrumento muy importante a la hora de analizar los objetivos del Insalud.

También en el ámbito del Insalud, señor subsecretario, pero afectando a modificaciones legislativas de primer orden —por eso se lo pregunto a usted también—, me gustaría saber cuál es el alcance, la razón, el fundamento del artículo 55 de la ley de acompañamiento, que es el que establece una modificación de la ley de contratos públicos en virtud de la cual toda la contratación de la concertación de asistencia sanitaria se va a hacer a través del procedimiento negociado. A mi juicio, ésta es una decisión absolutamente trascendente, por lo que le pido aclaraciones, señor subsecretario. Quiero preguntarle si esto es acorde con la directiva de servicios, de la que el artículo 55 es fiel transcripción. Las causas por las que se remite a un procedimiento excepcional, como es el procedimiento negociado, en el que se excluye la libre concurrencia y la publicidad, son causas tasadas, y ahora, a esos procedimientos excepcionales, se añade toda la concertación sanitaria. Si entiendo bien, esto incluye desde los conciertos que se hacen con los grandes hospitales, los conciertos llamados sustitutorios —por ejemplo, los que se hacen con el Gregorio Marañón—, de los que son titulares otras administraciones públicas, hasta la concertación de las diálisis, del transporte sanitario o del servicio de oxigenoterapia. ¿Cuál es la razón, señor subsecretario, para que toda esa contratación, que va a alcanzar un volumen, me parece, de 100.000 millones de pesetas, se derive a un procedimiento extraordinario de contratación directa, sin publicidad, sin concurrencia.

Si el Gobierno, en materia sanitaria, está reiterando que es necesario introducir la competencia, ¿por qué, a la hora de contratar con el sector privado, se excluye absolutamente a la competencia mediante la remisión a este procedimiento excepcional de la concertación sanitaria?

La redacción del artículo, señor subsecretario, no le quiero ocultar que nos causa una gran perplejidad, porque se refiere a un contrato-marco que ha de adjudicarse con arreglo a la ley de contratos públicos, y le confieso que no hemos encontrado ese contrato-marco. ¿Qué institución jurídica es esa del contrato-marco? ¿Dónde está reglada? Por tanto, la remisión que en la segunda parte del artículo se hace a las garantías del contrato-marco, según la ley de contratos públicos, dónde está, porque no sabemos qué figura es ésa.

En el artículo 61 de la ley de acompañamiento, señor Castellón, se regula la incapacidad laboral transitoria y se hace una referencia que también nos suscita alguna duda, que me gustaría que nos aclarara, porque se habla de que se

hará con los criterios que establezca el Consejo Interterritorial. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tal como está regulado, no tiene carácter decisorio y, por tanto, me gustaría conocer su opinión sobre el alcance que le quieren dar a la remisión a la capacidad del consejo para establecer criterios.

Le ruego una aclaración en relación con la regulación que la ley de acompañamiento tiene respecto a los contratos de obras. Esta modalidad de contratos de obras, para los que no hace falta disponer de crédito y que se pueden pagar en 10 años, ¿están ustedes pensando en que sea aplicable también a la inversión sanitaria? Es decir, ¿se van a poder hacer inversiones en el Sistema Nacional de Salud, construcción de hospitales o de centros de salud, acogiendo a esta nueva modalidad que el pago se difiera hasta 10 años?

Otro asunto que nos preocupa, señor Castellón, es el artículo 113 de la ley de acompañamiento. El citado artículo hace una referencia a las subvenciones públicas y contiene una regulación que, entre otros extremos, establece que las subvenciones públicas tienen que ser públicas, en el sentido de que tienen que tener publicidad y todos los requisitos y garantías de control de a dónde va ese dinero público en subvenciones. Pues bien, contiene un párrafo que excluye del requisito de la publicidad a las subvenciones que estén consignadas de manera nominativa en los Presupuestos Generales del Estado. Pero es que, a continuación, establece una excepción, cuyo alcance le ruego explique, en el sentido de que no tendrán que tener publicidad las subvenciones que se otorguen para financiar las entidades que se vayan a crear en desarrollo del decreto-ley que habilita nuevas formas de gestión en el Insalud. Si entiendo bien, las entidades que el Gobierno va a crear en desarrollo de ese decreto-ley que habilita nuevas formas de gestión, se van a financiar por subvenciones que no van a tener que ser públicas, que no van a tener que reunir el requisito de la publicidad. Le ruego, señor subsecretario, que nos explique cuál es la intención, el objetivo, el alcance de este precepto que, como digo, contiene una excepción sólo para estas entidades y que es, a nuestro juicio, sorprendente.

En el mismo asunto, es decir, el de las nuevas entidades que se vayan a crear, en la memoria y en la definición de objetivos, el presupuesto contiene algunas referencias a los nuevos modos de gestión, a los nuevos instrumentos de gestión y a los nuevos hospitales; habla de una serie de nuevos hospitales que se van a crear con arreglo a los nuevos sistemas de gestión. Menciona específicamente el hospital de Manacor y el hospital de Alcorcón, más de una vez, y, sin embargo, no se contiene una sola especificación respecto a estos hospitales. ¿Cómo se van a poner en marcha? ¿Qué actividad asistencial van a tener? ¿Dónde está su dotación presupuestaria? ¿Dónde está la financiación de estos nuevos centros? Ya dicen que va a ser con arreglo a los nuevos modos de gestión, pero nos gustaría conocer algo más de lo que la memoria del presupuesto consigna, y sobre todo dónde están los fondos para financiar y poner en marcha esos hospitales.

Hay un asunto también, en el ámbito de la salud pública, sobre el que le ruego una aclaración, y es que no se

hace referencia al programa de salud bucodental infantil, que el catálogo de prestaciones extendió y que no está priorizado en ninguno de los programas que recogen los objetivos del Insalud, cuando, por ejemplo, sí se prioriza la educación para la salud, que es competencia de las comunidades autónomas y no del Insalud.

Estos son, señor Castellón, los asuntos más importantes de un primer análisis del presupuesto; le agradezco de antemano las explicaciones y las aclaraciones que nos pueda facilitar. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Para una cuestión de orden en relación a la intervención de la Diputada portavoz del Grupo Socialista. Este trámite de las comparecencias de los altos cargos es para explicar los presupuestos. Cuando hay alguna duda sobre alguna de las cantidades o de las partidas presupuestarias que ha suministrado el Gobierno a las Cortes Generales, los portavoces o los Diputados de los diferentes grupos tienen la oportunidad de aclararlo. La señora portavoz del Grupo Socialista ha introducido un nuevo tema, que sería el debate político, y no es el momento para hacer que el alto cargo del ministerio, en este caso el subsecretario, conteste a algunas de las cuestiones que ha presentado la señora Diputada.

Yo quiero rogar a la Presidencia de la Comisión que se atengan los Diputados al trámite al que está consignada la comparecencia del día de hoy y no al debate que ha planteado la señora Diputada, aparte de que tenemos conocimiento de los diferentes altos cargos que van a comparecer en la tarde de hoy y la señora Diputada ha mezclado los temas de la comparecencia del señor subsecretario con los de otros altos cargos que van a comparecer a lo largo de esta tarde. Algunas de las dudas que ha presentado la señora Diputada serán contestadas en el momento oportuno por el Secretario General de Asistencia Sanitaria, pero la señora Diputada ha introducido otra cuestión distinta de lo que es el motivo y el trámite de esta comparecencia. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, tiene la palabra.

La señora **AMADOR MILLAN**: Señor Presidente, deseo expresar mi absoluta discrepancia con la interpretación que hace el portavoz del Grupo Popular, que por lo visto no considera un debate de política sanitaria el debate de los presupuestos sanitarios. El presupuesto es la traducción de las decisiones políticas del Gobierno. Todas las dudas y las peticiones de aclaración que yo he planteado se derivan de lo que está escrito en los presupuestos. Cada vez que he preguntado algo en relación con el Insalud he hecho la aclaración de que se lo voy a preguntar al Secretario General de Asistencia Sanitaria, pero me parece hasta descortés considerar que el Subsecretario de Sanidad y Consumo no tiene nada que decir a la hora de hablar de la financiación de la sanidad o del modelo de financiación de la sanidad.

Está bien que el grupo que apoya al Gobierno apoye al Gobierno, pero hay apoyos que realmente el Gobierno no necesitaría.

El señor **PRESIDENTE**: Estoy plenamente de acuerdo con sus últimas palabras, y esta Presidencia lo único que estima es que quizá S. S. ha hecho preguntas al subsecretario que corresponden a otros intervinientes que comparecerán a lo largo del día de hoy.

También quería aclararle a la señora Amador que la ausencia de la Directora General de Farmacia no es problema del ministerio ni de esta Presidencia; ha sido un acuerdo de la Mesa de la Comisión de Presupuestos el que ha marcado los comparecientes y lo que asumían en cuanto al debate de presupuestos.

Tiene la palabra para contestar el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Castellón.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Si me permite, señor Presidente, empezaré haciendo una exposición global y luego pasaré a contestar las preguntas que se me han formulado.

En términos generales el proyecto de presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo, comprendidas las transferencias internas entre subsectores a favor del Insalud, así como las dirigidas a organismos autónomos del departamento, que son el Instituto Nacional de Consumo y el Instituto de Salud Carlos III, se ha fijado en tres billones 302.000 millones de pesetas, con una variación positiva de 12,9 por ciento sobre la prórroga de 1996, si se consolida en ésta el efecto del suplemento de crédito por importe de 389.000 millones de pesetas, para atender a la sanidad pública, concedido por el Real Decreto-ley 1/1996, de 19 de enero.

Este proyecto obedece a los siguientes condicionamientos. Los gastos propios del departamento sufren, en líneas generales, la minoración que resulta de las políticas dirigidas a conseguir una reducción del gasto público para situar el déficit en los niveles exigibles para la convergencia. Los gastos corrientes sufren una minoración del 16,6 por ciento, respecto a la prórroga de 1996 y los gastos de capital experimentan un aumento de 1.496 millones, es decir, un 39 por ciento sobre la prórroga de 1996, especialmente para fijar, de acuerdo con el convenio suscrito al efecto con la Comunidad Autónoma de Canarias, la tercera anualidad para la financiación de un nuevo hospital en Las Palmas y del plan director del hospital de La Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. En consecuencia el conjunto del departamento experimenta una variación negativa de 5,6 por ciento, con respecto a la prórroga de 1996.

El conjunto de transferencias al Insalud, consolidando en la prórroga de 1996 el suplemento de crédito referido, experimenta un incremento del 13 por ciento, en razón al esfuerzo efectuado en la asignación de recursos para la asistencia sanitaria pública y bajo la óptica, como luego diré, del nuevo modelo de financiación.

Para avanzar de forma decisiva hacia la financiación total de la sanidad pública, a través de recursos del Estado, se establece una transferencia niveladora de 345.000 millo-

nes de pesetas, integrada en el conjunto que acabo de referir, que compensa la minoración procedente de cotizaciones sociales. Se produce también la baja de la transferencia a favor de la investigación sanitaria, que se canaliza a partir del año 1997 directamente al Instituto de Salud Carlos III, a tenor de las competencias establecidas por Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto.

Las transferencias por otras acciones sanitarias figuran incardinadas en el proyecto en la aportación del Estado para la asistencia sanitaria.

Las transferencias a los organismos autónomos del departamento sufren igualmente los efectos de las políticas restrictivas, si bien se constata el efecto que produce la transferencia a favor del Instituto de Salud Carlos III, por importe de 2.505 millones de pesetas, para el fondo de investigación sanitaria que, en ejercicios anteriores, figuraba a favor del Insalud.

Para 1997 las áreas de acción prioritarias que han de atenderse encuentran reflejo en los distintos programas de gasto.

Sin perjuicio de un comentario específico, que se pueda hacer más adelante, merecen citarse previamente las circunstancias de carácter general que han influido en la configuración presupuestaria de 1997.

La estructura de programas de gastos de departamentos se ha visto afectada por la supresión del programa 126.F, publicaciones. Dichas actividades y objetivos, como sus recursos financieros, han pasado a formar parte del programa dirección y servicios generales de Sanidad. Aprovecho para comentar una pregunta que se me hizo en relación con esta cuestión, de los objetivos que figuran dentro del servicio O2, Secretaría General Técnica, los gastos de edición, distribución y publicaciones que tienen un valor en el presupuesto de 27 millones de pesetas y que tiene entre sus objetivos la revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, que son seis números y se ha publicado ininterrumpidamente y con una periodicidad mensual desde 1977. Entre paréntesis, tengo que decir que en el programa editorial de los años 1995 y 1996 su periodicidad ha tenido que reducirse a ser bimensual por falta de recursos, pero esta revista es la única fuente de información objetiva acerca de las características de los medicamentos que reciben los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, lo que la convierte en un instrumento esencial para la correcta prescripción, ya que permite contrastar la adecuación o inadecuación de los datos que sobre medicamentos ofrecen las numerosas publicaciones de carácter publicitario y fines comerciales que se remiten por parte de los laboratorios.

Otro objetivo en los gastos de edición es la Farmacopea Europea, que es una publicación que garantiza la calidad de los medicamentos, estableciendo normas reguladoras de las materias a utilizar y de los procedimientos adecuados para su elaboración, conservación y control.

También entra dentro de los objetivos de gastos de edición y distribución de publicaciones la memoria de actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y que recogen, como es sabido, las actividades llevadas a cabo durante el año por el consejo interterritorial y

su aprobación figura entre los cometidos del artículo 7 del reglamento de régimen interior que se atribuye a dicho Consejo.

En segundo término, y como cuestiones básicas en relación con los distintos programas de gasto, consecuencia de la aplicación de los reales decretos 839/1996, de 10 de mayo, y 1893/1996, de 2 de agosto, de reorganización del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha producido un reajuste en el contenido de los programas de gasto. El mismo ha consistido en traspasar de unos programas a otros determinadas actividades, objetivos y los recursos financieros respectivos en función de las distintas áreas de competencia atribuidas a los centros gestores. Por último, cabe señalar el esfuerzo de austeridad y la aplicación de criterios de racionalización a los gastos de funcionamiento.

Desde el punto de vista presupuestario estos criterios se han traducido en el mantenimiento, en algunos casos, cuando se consideraba esencial para la prestación del servicio, o la disminución, en otros, de los niveles financieros de los distintos programas de gasto.

Los programas esenciales que componen este presupuesto son: la coordinación de la política de promoción de la salud, con actuaciones tendentes al diagnóstico de la situación de salud y a la elaboración del plan integrado de salud, en colaboración con las comunidades autónomas, así como la definición de una estrategia global dirigida fundamentalmente hacia la promoción de hábitos saludables de vida, protección de medios ambientales para la salud y prevención de enfermedades más prevalentes.

La ordenación de medicamentos y productos sanitarios, es otro programa, a través de actuaciones que lógicamente se mantienen y refuerzan dirigidas a valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos, así como la elaboración de criterios para la financiación, administración y buen uso de ellos, y de los productos sanitarios, potenciando el establecimiento de normas para la evaluación de su eficacia clínica previa a su financiación por el Sistema Nacional de Salud.

Está el programa de planificación de la asistencia sanitaria, orientado hacia la consecución de una mayor eficiencia de los servicios públicos de salud y de un mayor control sobre el crecimiento del gasto sanitario. Dentro de este programa se incluye la transferencia —como he comentado hace un momento— a la Comunidad Autónoma de Canarias de unos recursos globales de 5.144 millones de pesetas, destinados a la construcción y remodelación de centros sanitarios en su ámbito territorial, en aplicación del convenio suscrito con dicha Comunidad el 26 de mayo de 1994.

Otro programa que interesa resaltar es el de la sanidad exterior, que implica extremar los controles sobre aquellos productos que ingresen en el mercado europeo a través de nuestro país como consecuencia de la desaparición de las fronteras comunitarias. Ello exige el fortalecimiento de las estructuras de los servicios de sanidad exterior y la redefinición de puntos de inspección y puestos fronterizos.

Aprovecho para contestar otra de las preguntas diciendo que a esta exigencia responde la dotación de 115

millones que corresponde a la primera anualidad para la construcción de un nuevo edificio destinado a los servicios de sanidad exterior y farmacia en Vigo, que sirva como laboratorio de referencia para las biotoxinas marinas, en cumplimiento de la decisión 98/383, de la Comunidad Económica, de 14 de junio de 1993, del Consejo de la Unión Europea.

Finalmente, el programa de dirección y servicios generales, que incorpora las actividades de alta dirección, alta inspección y relaciones institucionales, de ordenación de las profesiones sanitarias; el programa de trasplante de órganos, que pasa al de dirección y servicios generales, y el conjunto de servicios horizontales. Sé que se referirán más tarde los ponentes respectivos a los proyectos de presupuestos de los organismos autónomos, al Instituto Nacional de Consumo y al Instituto de Salud Carlos III, pero merece la pena explicar, se ha hecho hace un momento, que he presentado una adición global de recursos en el presupuesto de 2.500 millones, que corresponde al fondo anteriormente dirigido al Insalud.

Sin perjuicios de los comentarios que con suficiente acopio de datos pueda presentar el Secretario General, comento brevemente que el presupuesto del Sistema Nacional de Salud se atiene escrupulosamente al nuevo modelo de financiación, lo que no es óbice para que previsiblemente existan fuertes tensiones financieras al final del ejercicio de 1997. Por este motivo se ha considerado oportuno que los distintos ahorros que se puedan obtener en las medidas, unas ya en marcha y otras que se pondrán, en relación con el gasto farmacéutico, no se descuenten en ese escenario, como tampoco se descuenta el hecho de que hay una congelación salarial para funcionarios, que tampoco disminuye el presupuesto que, de acuerdo con el compromiso suscrito en el nuevo modelo de financiación, va a ser la resultante del presupuesto del Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, si la señora Diputada lo estima conveniente, el Secretario General podrá dar las cifras con mayor detenimiento.

En relación con el programa del sida, existe una cantidad de 150 millones de pesetas destinadas a subvencionar instituciones de cualquier titularidad sin ánimo de lucro, con destino a programas de prevención y control del sida. Entendemos que la colaboración y coordinación entre el Plan Nacional sobre el Sida y las organizaciones no gubernamentales es un elemento imprescindible —siempre lo ha sido— para el desarrollo de actuaciones complementarias y coherentes con las que realizan las diferentes administraciones públicas que integra el plan nacional. Por tanto, las ayudas económicas o subvenciones a organizaciones no gubernamentales y sin ánimo de lucro constituyen un elemento fundamental de la política en relación con el Plan Nacional sobre el Sida. La relación de actuaciones que hagan posible la consecución del objetivo señalado aconseja establecer las bases y la convocatoria de subvenciones que contribuyan a financiar programas relativos a la información, prevención y control de enfermos afectados de sida, dentro de las directrices establecidas en el Plan Nacional sobre el Sida por la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento. Aparte de esto, existen

en el presupuesto cantidades relativas a la lucha contra el sida que incluyen la promoción de la atención integral a los enfermos del sida infectados por VIH, mediante actuaciones consistentes en campaña de prevención del sida población general, mantenimiento del programa sida y jóvenes, es decir, prevención VIH, enfermedades de transmisión sexual, embarazos en adolescentes y drogas intravenosas, III Conferencia Nacional Sida y Drogas, programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas por vía parenteral en España, campaña de accesibilidad al preservativo destinada a distintos colectivos con prácticas de riesgo, estudio de seroprevalencia al VIH, operación centinela, curso de formación en vigilancia epidemiológica del VIH y sida para responsables de los registros de sida del Estado, encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas frente al VIH en la población española.

En concreto, en el presupuesto de 1997, manteniendo prácticamente una continuidad con respecto al año 1996, habrá cinco establecimientos de la red nacional de vigilancia epidemiológica seroprevalencia de VIH; tres estudios de análisis económico de consumo de recursos sanitarios y actitudes de la población ante el sida; tres campañas de información y educación para prevención de la infección por VIH en población general y en grupos de mayor riesgo; tres campañas de acciones directas de prevención; tres conferencias sobre sida, drogas, grupos de apoyo y escuela y ciento cincuenta acciones de intervención preventiva y apoyo psicosocial a través de las subvenciones a las ONG.

En relación con la pregunta que me hacía del laboratorio de Vigo, de diotoxinas marinas, creo que ya he contestado a la misma; tiene 115 millones y está incluido en el presupuesto de este año. Existe una segunda anualidad de 45 millones de pesetas para el año 1998.

El registro de donantes de reproducción asistida tiene una condición que entendemos previa y estamos preparando un real decreto para regular la Comisión Nacional de Reproducción Asistida. La Ley de reproducción asistida es del año 1990, ciertamente, y quizás debería haberse puesto en marcha el registro, ya que la ley marca unos plazos que fueron superados hace algún tiempo.

El plan de hemoterapia se encuentra en fase de reparto competencial, y se está desarrollando a través de las comunidades autónomas, como saben. Hasta principios de los años noventa existió un presupuesto específico en el ministerio para financiar actividades relacionadas con la hemodonación, para cooperar en esas actividades, pero estas partidas presupuestarias desaparecieron en los últimos ejercicios.

En farmacia me ha planteado varias cuestiones. El acuerdo con Farmaindustria implica el comienzo de retornos por parte de la industria a partir de un crecimiento del 2,6 por ciento, un crecimiento que es progresivo y no lineal. Es decir, conforme se produce un crecimiento mayor con respecto al ejercicio anterior, el retorno se va haciendo mayor, porque éste es un acuerdo con una filosofía esencialmente diferente del que existía previamente, una filosofía que consiste en disuadir, en la medida en que la in-

dustria pueda influir directa o indirectamente en el crecimiento del gasto, en que se encuentre un mayor efecto disuasorio a traspasar determinados crecimientos. El acuerdo vigente era lineal, de manera que ese efecto disuasorio era inexistente o muy poco efectivo.

Con la oficina de farmacia ya conoce la señora Diputada las medidas que se van a tomar, junto con otras. El incremento tan rápido en el gasto farmacéutico no es algo que se pueda detener con una sola medida, ni con dos ni con tres, probablemente, sino con un conjunto idealmente bien coordinado y ensamblado; medidas dirigidas a todos los agentes que participan o que pueden tener no responsabilidad, pero sí parte que ver con este problema. La cuestión de los medicamentos genéricos es uno de esos abordajes, junto con otros, que se puede hacer a este tema, y aunque evidentemente el ministerio disponía de instrumentos que podían ser mejorados —es una cuestión que se puede discutir— nos parece que el conocimiento de que ese instrumento se iba a poner en marcha, el mismo hecho de que la industria farmacéutica se haya sentido estresada respecto de esto, implica que el instrumento parezca algo más poderoso que los instrumentos que había previamente. Pero respetando una política de entrar en los temas con decisión, pero también con cautela, tiene esa redacción en la cual el ministerio no quiere establecer precios de referencia de una forma abrupta, sino que quiere vincularlos al hecho de que existan genéricos de verdad en el mercado. Ciertamente, aunque los cálculos estiman el mercado de genéricos en España en un 2 por ciento, es un concepto de genérico que no encaja con una definición, digamos, de mayor pureza, puesto que, depende de como se considere, medicamentos genéricos en España podría no haber hasta el año 2012, teniendo en cuenta que las patentes de producto son posibles, creo, desde octubre de 1992. En cualquier caso, está en nuestra intención negociar con la industria el respeto por parte de las autoridades sanitarias de las patentes internacionales, en la medida en que esto pueda dar lugar a una progresiva entrada de productos que sí podríamos prácticamente considerar como genéricos, y en la medida en que vayan entrando se instaurarían para esos grupos precios de referencia. Por otro lado, esta política de cautela es obligada, puesto que forma parte del propio pacto de crecimiento que se ha hecho con la industria farmacéutica.

Me ha hecho una pregunta en relación con los derechos de examen de las pruebas MIR y las tasas. Efectivamente, se está negociando con Hacienda sobre la forma de retornar la cuantía de la recaudación para los gastos de las pruebas MIR. En todo caso, arbitrada la solución considerada más conveniente, es evidente que sería muy arriesgado por mi parte asumir el compromiso de que las pruebas MIR se celebrarán siempre en los plazos establecidos.

Me ha hecho también una pregunta en relación con la incapacidad transitoria, aunque no directamente referida a la incapacidad transitoria sino más bien al papel del consejo interterritorial. Nosotros hemos manifestado públicamente (también el señor Ministro de Sanidad y Consumo en la primera comparecencia ante esta Comisión) y dijimos en la primera convocatoria del consejo interterritorial

que nuestro objetivo era darle al consejo un mayor protagonismo y autonomía, y posibilitar al mismo tiempo que se incluyan en el orden del día las cuestiones de auténtica actualidad e importancia sanitaria. De hecho estamos trabajando ya en una modificación del reglamento y del artículo 61 de la Ley de acompañamiento. Eso ha de inscribirse en este mismo contexto.

En cuanto a la salud bucodental, este programa se hace a través del Insalud y de las comunidades autónomas. Se puede decir que se mantendrá en las condiciones actuales; es decir, no hay ningún retroceso en lo que se refiere a salud bucodental.

Me hizo también una pregunta en relación al incremento del 14 por ciento en el presupuesto de farmacia del año 1997. Este es un presupuesto que recoge la desviación estimada del año 1996, que será aproximadamente de 10.000 millones, y un crecimiento sobre el gasto real de 1996 del 10 por ciento. Es un presupuesto, evidentemente, conservador, y puesto que pierde el carácter de ampliable es evidente que puede ser aplicado, en su caso, como esperamos que así sea, a otras partidas donde sea necesario.

Algunas de las preguntas caen dentro del ámbito del Instituto Nacional de la Salud. No obstante, y casi sobrevolándolas sin entrar en detalles, voy a hacer algunos comentarios. Por ejemplo, el plan estratégico del Insalud lo hace el Insalud efectivamente. El ministerio no tiene nada ver con el plan del Insalud en el sentido de que no lo trabaja, pero también ha sido requerido, y lo hace gustosamente, para aportar sugerencias en la medida en que se las piden. No está conectado ni con el plan de salud ni con el plan integrado, que forman parte de las competencias que desarrolla la Dirección General de Salud Pública.

Lo mismo puedo decir, en términos generales, respecto a los hospitales nuevos, que puesto que se financian a través de un contrato programa efectivo, lógicamente tienen su asiento presupuestario donde corresponde a este tipo de concertación. Ciertamente, en algunos de los hospitales que tienen una consideración distinta —en este caso fundaciones— la experiencia dicta que al principio, evidentemente, no llegan de manera súbita a una situación estable en cuanto al coste de su actividad. La experiencia de fundaciones existentes, que ahora produce servicios a un coste inferior por diversos motivos, en los cuales no voy a entrar, a un hospital convencional, es que ciertamente al principio no resulta fácil calcular exactamente los recursos que su puesta en marcha puede implicar. Por tanto, esta medida del artículo 113 de la ley de acompañamiento facilita este tránsito inicial sin mayores traumas.

Ya he comentado que no voy a entrar en alguna cuestión puesto que se detallará en intervenciones posteriores, pero si a alguna pregunta de las que me ha hecho no he contestado, no tengo ningún inconveniente en que me la replantee, aunque tengo la impresión de que he tomado nota de todo; siempre es posible haberse dejado algo en el tintero.

El señor **PRESIDENTE**: Para turno de réplica tiene la palabra la señora Amador.

La señora **AMADOR MILLAN**: Hay algunas cuestiones, señor Castellón, que efectivamente sigo sin entender.

Quiero hacer una consideración previa, y es que la separación entre autoridad sanitaria o proveedor y financiador o prestador y financiador, que es un asunto repetido reiteradamente por el Gobierno, no es una frase teórica, tiene su traducción. Es decir, el Insalud provee los servicios, pero quien tiene la responsabilidad de garantizar los principios del modelo sanitario es el Ministerio de Sanidad y Consumo, del que el señor Castellón es subsecretario. Por tanto, en relación con el Insalud, aparte de que ha quedado de manifiesto en la intervención del subsecretario que el comentario del portavoz del Grupo Popular huelga porque él mismo, en la intervención que tenía preparada, ha hecho referencia a hospitales y a centros, como no podía ser de otra manera, hay algunas cuestiones que me preocupan, señor Castellón. Porque una cosa es que el Insalud ejecute los objetivos que se le marquen y otra cosa es que el Insalud decida acerca de cuestiones medulares que afectan al modelo, insisto, sanitario público y que están, a mi juicio, fuera de su capacidad de decisión porque entran de lleno en el ámbito de la autoridad sanitaria, encarnada en el Ministerio de Sanidad, que es quien tiene, por imperativo constitucional, la obligación de garantizar la protección de la salud de los ciudadanos. Y los asuntos que he planteado afectan a eso. Por ejemplo, afecta a eso la concertación sanitaria, afecta a eso las entidades públicas o privadas en las que el subsecretario me remite al Insalud y, por tanto, haré la pregunta al Insalud. Pero hay algunas cuestiones sobre las que voy a insistir para obtener información.

El subsecretario ha explicado algunas cuestiones en relación con la farmacia, pero no nos ha dicho cómo se explica esa diferencia enorme entre el 2,6 —el Presidente del Gobierno dijo el 2,5, según el «Diario de Sesiones»— y el 14,21, a pesar de ese anuncio de desviación importante para el año 1996. Sigue habiendo una gran diferencia, señor Castellón, entre un objetivo de contención del crecimiento al 2,6 y el 14,21 pintado en el presupuesto, al que hay que añadir los descuentos que según otro artículo de la ley se van a deducir. El carácter ampliable de la partida de farmacia se perdió en el año 1994, con el nuevo modelo de financiación, que es cuando se decidió. Por tanto es un asunto conocido.

He creído entender que los nuevos hospitales de Manacor y Alcorcón, en lo que se refiere a su financiación —por la que me interesaba—, están en el capítulo de conciertos. Si es así, señor subsecretario y le he entendido bien, mi preocupación aumenta porque la posibilidad de concertar con un centro perteneciente a la Seguridad Social escapa al escenario que a mí me parece posible. Es decir, ¿se está pensando poner en marcha Alcorcón y Manacor con entidades nuevas, creadas al amparo del decreto-ley y por la vía del concierto? Esa es la pregunta.

La referencia al artículo 113, señor subsecretario, quiero saber si es a los contratos de obras que ha dicho y, por tanto, si es posible hacer inversiones sanitarias con arreglo a esa nueva modalidad o se refiere a la falta de publicidad en las subvenciones. Le ruego que me lo aclare.

En la política de farmacia, señor Castellón, deduzco —y me gustaría estar segura de mi deducción— que las medidas que se introducen de modificación de la ley del medicamento en la ley de acompañamiento, que parece que tienen una cierta urgencia, habida cuenta de esas explicaciones no se van a aplicar en el año 1997, sino que respecto al tema de los medicamentos genéricos y de los precios de referencia se está pensando en un medio plazo.

Hay una cuestión que me preocupa especialmente y también le ruego que la aclare. Cuando dice que se incide en todos los eslabones no responsables —ha dicho— pero que sí tienen parte en el gasto farmacéutico, ¿sigue contemplando el Ministerio alguna medida en relación con el paciente y el gasto farmacéutico? Nos ha hablado de la industria, y nos ha hablado de las oficinas de farmacia. Sobre esa referencia a todos los que tienen que ver con el gasto farmacéutico, le ruego me diga si contempla también al paciente y el ministerio sigue adoptando medidas en farmacia que puedan afectarle directamente.

Me ha dicho que el plan estratégico lo realiza el Insalud y que, por tanto, me remite a él. También ha dicho que el plan estratégico no guarda relación ni con el plan de salud ni con el contrato programa. Trataré de que el responsable del Insalud nos aclare un poco más estos temas.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar tiene la palabra el señor Castellón.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Efectivamente, la separación es una cuestión que hemos mantenido y lo hacemos anticipándonos al futuro porque consideramos el Insalud como consideramos a otras comunidades autónomas con gestión transferida, por tanto sí somos autoridad sanitaria para el conjunto del Estado. No queremos fagocitar al Insalud como tampoco podemos ni debemos fagocitar a ningún servicio de salud transferido. El plan estratégico del Insalud es equivalente al plan estratégico que han hecho muchos servicios de salud con competencias. Cuando he dicho que no estaba vinculado al plan de salud quería señalar que una cosa es el plan estratégico, en el que se está trabajando en el Insalud y otra cosa es el plan integral de salud, que es un trabajo que ya está casi desarrollado y se concluirá en su debido momento por la Dirección General de Salud Pública en relación con los planes de salud de las distintas comunidades autónomas.

Con respecto a los nuevos hospitales, he dicho que no es un hospital convencional y, por tanto, su presupuesto no aparece donde aparecen los hospitales convencionales. No he dicho dónde está; lo aclararé convenientemente el secretario general en la intervención inmediata. Lógicamente, el objetivo de crecimiento del gasto es el que hemos planteado y por eso empezamos los retornos a partir de esa cifra, pero tampoco quiero que se nos impute el ser realistas y tener ciertas seguridades en beneficio de una buena gestión.

Respecto a la otra cuestión que planteaba, le diré que me refería a las subvenciones a las fundaciones.

En cuanto a la ley de medidas de acompañamiento y la implantación inmediata de algunas acciones en relación

con los genéricos, yo no veo que tenga que ser obligada la puesta en marcha inmediata por cuanto que nosotros entendemos que la ley de medidas tiene que reforzar la credibilidad de los presupuestos. En la medida en que el ministerio hace manifestación explícita, a través de la formalización de esos artículos en la ley de acompañamiento, realmente refuerza la idea de que se va a tomar en serio y de que se va a avanzar con rigor en cuanto a los genéricos y, eventualmente, los precios de referencia. Ese es, a mi juicio, el sentido que tiene.

Con respecto a los pacientes, el ministerio ya manifestó en su momento que hay estructuras más equitativas de participación que la actual vigente y, en cualquier caso, que es un tema que remitiría a la ponencia para su deliberación y estudio y para la evidente aceptación de los criterios que allí se expongan.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castellón. Termina el turno de intervención correspondiente a la comparecencia del señor subsecretario.

— **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NUÑEZ FEJOO), A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA. (Números de expediente 212/000340 y 212/000341.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, comparece ahora el Secretario General de Asistencia Sanitaria, también a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, al que damos la bienvenida en su primera comparecencia, deseándole nos acompañe en otras comparecencias que estoy plenamente convencido que le van a solicitar los miembros de la Comisión.

Tiene la palabra la señora Amador.

La señora **AMADOR MILLAN**: Señor secretario general, en nombre del Grupo Socialista le doy la bienvenida a esta comisión y le agradezco su comparecencia para contestar las preguntas y aclaraciones que le voy a plantear inmediatamente sobre el presupuesto del Sistema Nacional de Salud y del Insalud.

Como usted sabe, señor secretario general, mi grupo había pedido la comparecencia del Director General de Presupuestos del Insalud, atendiendo a la distribución de competencias que en el decreto del ministerio se contiene, que le atribuye al secretario general el presupuesto de todo el Sistema Nacional de Salud y el del Insalud. En todo caso, la decisión de la Mesa, que el Presidente ha comunicado, concentra en usted todas las cuestiones que queríamos plantear al Director General de Presupuestos también. Por tanto, me va a permitir tres bloques de cuestiones. El primero hace referencia a los grandes principios de la financiación y su traducción en el presupuesto de 1997; el segundo hace referencia a las importantes novedades legislativas que contiene la Ley de acompañamiento de los presupuestos y que afectan medularmente al Insalud; y el tercero a cuestiones concretas del presupuesto del Insalud propiamente dicho.

La primera cuestión sobre la que le ruego aclaración, señor Núñez, es cómo se ha aplicado el modelo y el escenario previsto en el acuerdo de financiación aprobado en el año 1994 para el cuatrienio, cuál ha sido el resultado de las negociaciones con otros grupos políticos, especialmente con *Convergència i Unió*, cuyo debate público hemos tenido todas las ocasiones de seguir en relación con la deuda invocada por Cataluña, cuál es la traducción de esos acuerdos en el presupuesto del Sistema Nacional de Salud, cómo se reparte el crecimiento del gasto sanitario entre el Insalud-gestión directa y las comunidades autónomas, habida cuenta de que en la información que se facilita en el presupuesto se hace la comparación y se facilita la explicación para comparar presupuesto homologado en relación con el Insalud, pero no se dice nada en relación con el crecimiento respecto a las comunidades, es decir, en la gestión directa y en la transferida. Se explica en el documento, al exponer el análisis económico funcional del estado de gastos del Insalud, qué pasa con el presupuesto inicial y cómo se hace la comparación, pero no respecto de la división entre gestión directa y transferida, y por lo tanto lo que aparece en el cuadro es el 1,58 y el 2,63, respectivamente. Le ruego si puede explicarnos cuál es esa situación. Respecto a la aplicación del modelo valen las preguntas concretas que le acabo de hacer, pero naturalmente con cualquier aclaración que considere relevante para entender el presupuesto y cómo se ha aplicado el modelo de financiación.

Le decía que iba a hacer referencia en segundo lugar a la introducción en la ley de acompañamiento, en el texto articulado también, de algunas decisiones de enorme trascendencia, sobre las que acabo de preguntar al señor Subsecretario de Sanidad y Consumo y que en general ha remitido a su comparecencia porque afectan al Insalud. Lo primero que quiero preguntarle es a qué responde la propuesta que contiene el proyecto de la ley de acompañamiento de modificar la Ley de contratos públicos para encauzar hacia la contratación directa, que ahora se llama procedimiento negociado, y por tanto con exclusión de la publicidad de la libre concurrencia, etcétera, a qué se debe la decisión de encauzar a esa vía excepcional la concertación de la asistencia sanitaria; si es acorde con la directiva de servicios públicos de la que el artículo correspondiente de la Ley de contratos es fiel transcripción, qué es un contrato-marco, que se invoca en ese artículo y no sabemos dónde está regulado. Esta es la primera cuestión sobre la que le ruego explicación. ¿A qué filosofía responde esa decisión? ¿Cómo se compagina la continua invocación a la competencia por parte de su Gobierno, en el ámbito sanitario, llevada en algunos casos a extremos delirantes, señor secretario general, cómo se compagina esa invocación de la competencia como principio deseable con esta manera de evitar de un plumazo la competencia que entendemos supone la contratación directa por vía de procedimiento negociado de toda la concertación sanitaria, que, si no me equivoco, tiene previsto para el año 1997 un gasto de 100.000 millones de pesetas, y si va a aplicarse tanto a los conciertos sustitutorios con entidades sanitarias dependientes de otras administraciones públicas como a los con-

ciertos por transporte sanitario o por oxigenoterapia o por diálisis, es decir, todos los conciertos sanitarios.

En la ley de acompañamiento, señor secretario general, se incluye también la decisión de pasar al sistema de control financiero posterior el control de todos los hospitales del Insalud y sustituirlo por la intervención previa. Este procedimiento estaba ya instaurado, me parece que en quince o veinte hospitales, y toman la decisión de generalizarlo a todos. Me gustaría saber, señor secretario general, si existe alguna relación entre esta decisión, que, como digo, extiende a todos los hospitales lo que ya estaba decidido para unos cuantos, con una afirmación que el Presidente del Gobierno hizo en el Pleno del Congreso en relación con que existía un número muy importante de hospitales sin control de intervención; afirmación cuyo alcance no es claro, por lo que me gustaría saber si existe alguna relación entre esa manifestación del Presidente del Gobierno y esta decisión que adoptan ustedes ahora a través de la ley de acompañamiento.

También le quiero preguntar por la nueva regulación del contrato de obras, que se contiene en el artículo 113, con la nueva modalidad de que se puedan abordar inversiones públicas sin disponer del crédito, en el momento de iniciarlas, y sustituyéndolo por el compromiso de crédito para ejercicios futuros. ¿Piensan utilizar esta modalidad en el ámbito sanitario y, por tanto, iniciar inversiones sanitarias de hospitales o de centros de salud o de lo que sea, enviando su pago a la siguiente década? Porque me parece que el artículo prevé un plazo de diez años.

También le quiero preguntar, señor Núñez, por la excepción a la regla general de publicidad a las subvenciones que se refleja en el artículo 113, en un párrafo expresamente dedicado a las subvenciones que se vayan a otorgar para financiar las nuevas entidades que se creen al amparo del decreto-ley que habilita nuevas formas de gestión en el Insalud y que excluye del requisito de la publicidad el otorgamiento de estas subvenciones. ¿A qué se debe, por qué se hace y en qué se está pensando para introducir en la ley esta modificación?

Le ruego también información sobre el plan estratégico del Insalud que se menciona reiteradamente en los documentos del presupuesto. Queremos saber quién lo está haciendo y dónde se está haciendo. Si se está haciendo en el Ministerio, qué conexión guarda con el plan de salud y con el contrato-programa del Insalud, quién lo coordina, teniendo en cuenta que la unidad responsable de la elaboración, tanto del plan de salud como del contrato programa, que era la Dirección General de Aseguramiento y Planificación, fue suprimida en su reestructuración. Si, por el contrario, no se está haciendo en el Ministerio y se está efectuando fuera, le ruego información sobre quién lo está realizando, en virtud de qué procedimiento de contratación o de lo que sea, cuál es el importe, cuáles son los objetivos y cuál es el plazo en que se va a ejecutar ese plan estratégico.

Entrando ya, señor secretario general, en el detalle del presupuesto, quiero hacerle algunas preguntas sobre las distintas áreas, empezando por la de la atención primaria. El Gobierno ha venido repitiendo en todo su discurso polí-

tico una gran consideración hacia la atención primaria. Ello nos ha tranquilizado porque no siempre ha sido ésa la posición del grupo político que apoya al Gobierno en relación con la atención primaria. Como digo, nos ha tranquilizado oír manifestaciones del Ministro y de otros altos cargos en relación con la prioridad que representa la atención primaria. Pero, señor secretario general, al ir al presupuesto, que es la traducción de las decisiones políticas, nuestra preocupación en relación con la atención primaria es enorme. En el capítulo 1, de atención primaria, señor Núñez, aparece la cifra de 171.000 millones de pesetas, frente a 168.000 del ejercicio anterior, lo que supone un aumento de 2.309 millones, si las cifras son correctas. Teniendo en cuenta que de cuotas de Seguridad Social hay que pagar 978 millones; de personal laboral, 885; del presupuesto de 1996, que se consolida, otros 850 millones, señor Secretario General, el saldo es negativo para atender 64 equipos de atención primaria, según enuncian ustedes. ¿Cómo van a atender 64 equipos de atención primaria con un crecimiento de 2.309 millones, según los datos que le acabo de leer? Poner en marcha un equipo de atención primaria cuesta 20 millones de pesetas; calcule para 64. No vemos reflejada presupuestariamente la afirmación de crear 64 equipos con el dinero que figura para hacerlo.

En las inversiones la situación es preocupante, señor Secretario General. Bajaron un 30 por ciento en la atención primaria. Y el análisis del presupuesto es complicado. Por primera vez en muchos años, en la serie de las hojas de inversiones del Insalud no consta el presupuesto total de cada centro, no consta el conjunto de anualidades, por primera vez; y, por tanto, analizar los centros y su coste total se convierte en una tarea imposible. Pero se anuncian quince centros nuevos con una dotación de diez millones para cada uno. Y nos preocupa porque con diez millones poco va a poder iniciarse en esos quince centros nuevos. Es una cifra que está muy por debajo de la media de lo que el Insalud venía haciendo, una media que estaba entre 25 y 30 centros nuevos cada año. Hay muchos menos, pero además, con el dinero que se consigna, creemos que no es posible iniciar las obras. En el año 1996, señor Núñez, había una previsión de construir 42 centros nuevos, faltan 18, según los datos del presupuesto.

Los planes de necesidades se dotan con 257 millones. En la memoria del presupuesto contabilizan ustedes 2.826 unidades, lo que quiere decir que a cada unidad le tocan 90.000 pesetas. Pocas necesidades se van a poder atender con estas cifras.

En la especificación de los objetivos hay cosas que nos suscitan dudas, por lo que le ruego una aclaración. Por ejemplo, cuando hablan ustedes de las relaciones entre atención primaria y especializada. En su discurso el Gobierno está repitiendo cosas contradictorias, y en el documento que acompaña a los presupuestos se anuncia en los objetivos un nuevo modelo de gestión integral del área sanitaria. Esto es lo que se dice en el texto. Le ruego nos aclare lo que significa un nuevo modelo de gestión integral del área sanitaria, porque con un solo enunciado no se disipan algunas de las dudas que tenemos planteadas. O es un modelo integral, o se facturan recíprocamente. ¿En qué

quedamos? Señor Núñez, le ruego una aclaración porque el modelo para la gestión del área no es irrelevante.

No le voy a hacer la relación de centros de salud que desaparecen, pero la reducción del 30 por ciento es suficientemente expresiva de lo que ocurre con la asistencia primaria en este presupuesto y cómo se contradicen estos datos con el discurso reiteradamente expuesto por el Gobierno respecto al valor que le da a la atención primaria.

En atención especializada también tenemos algunas dudas. En primer lugar, en el capítulo 1. Nos acaba de decir el subsecretario, señor Castellón, que del crecimiento que se produce como consecuencia de la aplicación del modelo, un crecimiento global del presupuesto equivalente al crecimiento del PIB nominal, de ese crecimiento no se ha excluido el capítulo 1. Como hay congelación salarial, ahí hay dinero disponible que aumenta los recursos de la sanidad, de todo el modelo de la sanidad. Sin embargo, hay algunos datos que quiero que me explique, señor Núñez. Por ejemplo, el aumento de la productividad variable en atención especializada del 34,1 por ciento y el aumento del 10 por ciento de las retribuciones de los trabajadores laborales. Si van ustedes a aumentar la productividad, ¿es que se han cumplido los objetivos pactados con los sindicatos médicos de aumento de actividad, como mínimo, de un 5 por ciento? ¿Ha aumentado la actividad de los centros? ¿Cómo se compadece el aumento de la productividad variable con la congelación? ¿Va a ser sólo para los médicos, o también para el resto del personal sanitario?

La previsión de que los mayores de 55 años dejen de hacer guardias médicas, que estaba contenida en los acuerdos con los sindicatos, y hagan otro trabajo supone 1.000 millones, que se mantienen para esos médicos en su retribución pero que salen de las guardias médicas. ¿Se va a aumentar la dotación para guardias, o se va a reducir el número de guardias?

¿Dónde está la financiación de los nuevos hospitales, señor secretario general? A lo largo de toda la memoria se hace referencia a los nuevos hospitales, a los nuevos modos de gestión, a las nuevas entidades que se van a crear. ¿Dónde está la consignación presupuestaria para Manacor y para Alcorcón? y, en su caso, para alguno más, porque éstos son los dos que se citan nominativamente.

En el capítulo 2, señor secretario general, se produce un aumento de 18.000 millones. ¿cuánto va a conciertos y cuánto al resto?

En las inversiones, señor Núñez, le ruego aclaración sobre algunas cosas sorprendentes. Aparece el hospital de Calahorra dotado con 300 millones de anualidad para el año 1997. El hospital de Calahorra, señor Núñez, está expresamente citado en un documento firmado por el Ministerio de Sanidad y por el Gobierno de La Rioja y la construcción y el pago del hospital de Calahorra los asume la comunidad autónoma. El Insalud asume otras obligaciones de financiación de otras actuaciones sanitarias, pero la comunidad autónoma se compromete a construir y a financiar el hospital de Calahorra. ¿Cómo es posible que aparezca en el presupuesto del Insalud para 1997 con una anualidad de 300 millones de pesetas?

Por el contrario, ¿cómo es posible que haya desaparecido el hospital de Fuenlabrada, un hospital que tenía ya consignación en el presupuesto de 1995 y que desaparece de la previsión de inversiones? ¿Qué pasa con el hospital de Valladolid, señor Núñez, que no aparece y sobre el que había un acuerdo y un compromiso entre la comunidad Autónoma de Castilla y León, el Ayuntamiento de Valladolid y el Insalud? Es un compromiso de construcción de un nuevo hospital para sustituir al Río Hortega, un compromiso de todas las Administraciones interesadas, y fíjese que son el Ayuntamiento de Valladolid, la Comunidad Autónoma de Castilla y León y el Insalud, pero desaparece.

El hospital de Sonsoles, en Avila, para el que había un compromiso en 1996, pasa a 1997, con un año de retraso. Y no aparecen ni el hospital de Mahón, ni el de Plasencia, ni el de Rosell, ni la segunda fase del de Avilés, ni lo previsto en el de Segovia, ni el de la Cruz Roja de Ceuta. Todos hospitales con compromisos y consignaciones previstas. En cambio, señor Núñez, aparece una consignación presupuestaria, en estas condiciones de estrechez, aparece una anualidad de 3.167 millones para el Palma II, de Baleares, señor Núñez. quizá convendría repasar la distribución porque, realmente, no parece muy equitativa.

Respecto a la farmacia, señor secretario general, nuestras dudas son grandes. Hay un acuerdo con Farmaindustria, al que ha hecho referencia en el Pleno de esta Cámara el Presidente del Gobierno y acaba de explicar en sus grandes líneas el señor Subsecretario de Sanidad y Consumo, que cifra el crecimiento en un objetivo del 2,6. Además, introducen ustedes una disposición en virtud de la cual los descuentos que se obtengan se van a deducir en la partida de gasto. De manera que la cifra se va a reducir, cosa que hasta ahora no se podía hacer. Y con todo eso consignan ustedes un crecimiento en el gasto farmacéutico del 14,21. El presupuesto de farmacia crece el 14,21 en la previsión que hace el ministerio. Sin embargo, en los indicadores tienen ustedes objetivos verdaderamente sorprendentes como, por ejemplo, reducir el coste medio por receta el 1,7, cuando la tendencia es del 5 al 6 por ciento. ¿Cómo se compagina ese objetivo con ese crecimiento? Al elaborar los presupuestos, señor secretario general, ¿estaba previsto el decreto que va a modificar los márgenes de las oficinas de farmacia, o es una decisión que han adoptado ustedes con posterioridad a la elaboración del presupuesto?

En la elaboración del presupuesto del Insalud, que, como usted sabe, es muy compleja, no se han contabilizado las entidades colaboradoras, la colaboración de empresas. Salvo que me corrija y que yo no lo haya visto, no he encontrado en el presupuesto del Insalud a las empresas colaboradoras. Eso qué significa, señor Núñez, ¿que dejan de existir las empresas colaboradoras? ¿Que siguen existiendo pero no se reflejan en el presupuesto del Insalud? ¿Van a modificar ustedes la Ley de Seguridad Social para suprimir las empresas colaboradoras? ¿Puede usted, por favor, informarme de qué pasa con las empresas colaboradoras y el presupuesto, cuál es la razón de que no figuren y si es consciente y deliberadamente han adoptado ustedes las medidas complementarias que hay que adoptar, por ejemplo, en relación con la Ley de Seguridad Social?

Creo que éstas son las cuestiones más relevantes que tenía señaladas.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar a la intervención de la señora Amador, tiene la palabra el señor Núñez.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señorías, es motivo de doble satisfacción mi comparecencia en el día de hoy, en primer lugar, por ser la primera comparecencia en esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados y, en segundo lugar, por poder comparecer para informar de algo tan importante como son los presupuestos que, sin duda, consolidan el Sistema Nacional de Salud de este país.

Dicho esto, voy a intentar responder, en el orden que usted ha seguido, las cuestiones planteadas. Primer bloque, modelo de financiación; segundo bloque, texto del articulado de la ley de acompañamiento, de la ley de presupuestos y de la ley de medidas de carácter social y, tercer bloque, detalle del presupuesto del Insalud con distintas consideraciones en lo que se refiere a atención primaria, atención especializada, farmacia y entidades colaboradoras.

Para hablar del modelo de financiación hemos de decir, en primer lugar, que el escenario macroeconómico para 1997 de los Presupuestos Generales del Estado prevé una tasa de crecimiento del PIB nominal del 6 por ciento —que marca el crecimiento de la asignación financiera base del proyecto de presupuestos de la asistencia sanitaria canalizada a través del Insalud—, dando así cumplimiento al modelo de financiación de los años 1994 y 1997. En este contexto las grandes cifras presupuestarias de los Presupuestos Generales del Estado para 1997 sitúan el gasto público en 29 billones 931.000 millones de pesetas, lo que representa un crecimiento del 2,4 por ciento respecto al presupuesto base de 1996 y, por tanto, supone una disminución en términos reales al situarse este crecimiento por debajo de la previsión de inflación.

Pues bien, con este panorama de contención del gasto público se mantiene el esfuerzo presupuestario de las políticas de solidaridad, de cobertura de prestaciones sociales y, concretamente, la política de sanidad atiende al compromiso del Gobierno de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Insisto, en el contexto de este presupuesto, de extremado rigor y de contención del gasto, se hace un esfuerzo sin precedentes en lo que es la apuesta definitiva y decidida por la consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud al ascender el presupuesto del sistema a la cifra de 3 billones 561.865 millones de pesetas, de los cuales al Insalud le corresponden un billón 373.000 millones y a las comunidades autónomas con servicio de asistencia sanitaria transferido la cantidad restante de 2 billones 188.063 millones de pesetas.

Este proyecto de presupuesto se configura, como decíamos anteriormente, con una estimación de crecimiento del índice de valoración del PIB para 1997 del 6 por ciento de la siguiente forma y con los siguientes importes. Como sabe S. S., el escenario de 1997 asciende a 3 billones

538.000 millones de pesetas, los desequilibrios interterritoriales, o lo que es lo mismo la partida de desplazados, asciende a 16.113 millones y la liquidación por incremento del PIB de 1995 previsto en aquel presupuesto asciende a 7.200 millones de pesetas.

A S. S. le interesa saber en qué consistieron las negociaciones con los partidos que apoyan al Gobierno y la cuestión de la deuda del sistema sanitario. Usted conoce sin duda, ahora ya no sé si mejor que yo, pero sí en todo caso en aquel momento, el porqué de la deuda del sistema sanitario. Todos los servicios de salud confluyen ante un hecho, y es que en 1995 el Gobierno decide unilateralmente que las medidas de ahorro, previstas en un primer momento en 90.000 millones, han de ser 149.000 millones de pesetas. Esta decisión —insisto— unilateral por parte del Gobierno supone que se ha defraudado al sistema sanitario en 1994 la suma de 58.000 millones de pesetas, y esto evolucionado al PIB ronda la cifra de 240.000 millones de pesetas. Por tanto, los servicios de salud, el Consejo Interterritorial, todos los agentes de la Administración que están gestionando los servicios sanitarios entienden que el sistema es deficitario en esta cantidad por una interpretación unilateral y no compartida, como es natural, de lo que fueron las medidas de ahorro en aquel momento.

Pues bien, ante este hecho y ante un incremento de los gastos de los Presupuestos Generales del Estado de tan sólo el 2,4 por ciento, el Gobierno ha tomado dos decisiones. La primera de ellas es que la presupuestación de la sanidad no se vea minorada por este hecho y, por tanto, que se siga planteando un crecimiento del PIB del 6 por ciento en los gastos sanitarios. La segunda es que no haya medidas de ajuste en 1997, a pesar de que hay dos hechos fundamentales y que son los que llevan al Gobierno en 1995 a considerar que debería haber unas medidas de ajuste suplementarias a los 90.000 millones de pesetas.

El primero de los dos hechos, anunciado por el subsecretario del Ministerio, que supone 44.000 millones de pesetas, es que la congelación salarial siga en el sistema sanitario y no se reporte a minorar el déficit público, como se hizo en 1994. El segundo, que el real decreto de márgenes de los medicamentos, anunciado por el ministerio hace escasas fechas, supone un recorte del 2 por cien a las oficinas de farmacia y un 1 por cien a los distribuidores. Evidentemente, en el momento en que se cierra el presupuesto esta decisión no estaba tomada, pero sí, como S. S. sabe, existía un acuerdo con el Consejo General del Colegio de Farmacéuticos un poco inferior a este decreto de márgenes, pero ya hacía presuponer que se iban a producir unos ahorros estimados en torno a los 20.000 millones de pesetas.

Si comparamos el real decreto anunciado por el ministerio con el anterior acuerdo con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, hemos de decir que el Sistema Nacional de Salud se ve mejorado en su financiación en 20.000 millones de pesetas más de las que actualmente disponía por este acuerdo con el consejo general. Por lo que se refiere al Insalud, se ve mejorado con 5.700 millones de pesetas más de los 5.700 que, más o menos, venía consiguiendo a través del descuento del 2 por cien con los con-

sejos de colegios que operaban en las veintisiete provincias del Insalud.

Por lo tanto, de la decisión tomada resulta que estos 44.000 millones más esta previsión de 26.000 millones, forman una cantidad global de 70.000 millones de pesetas, que queda para la consolidación y la dotación de los presupuestos del Sistema Nacional de Salud y no se va a minorar el déficit público, insisto, como ocurrió en otros ejercicios.

Estas son, señoría, junto con la explicación que le voy a dar a continuación, si me lo permite, las grandes decisiones que sustentan el presupuesto de gastos del Sistema Nacional de Salud, tanto de los servicios transferidos como del Insalud gestión directa.

Para hacer la comparación homogénea, señoría, entre el presupuesto para 1997 y el de 1996 —usted ya lo ha anticipado— ha de hacerse una serie de ajustes que nos llevan ante el hecho, como he dicho anteriormente, de que el crecimiento evoluciona en torno al 6 por cien del PIB. Las cantidades que no deben tenerse en cuenta en esta comparación homogénea son las siguientes: 82.000 millones de pesetas que existían en 1996, donde se incluían los créditos para saneamiento de deudas; 20.967 millones de pesetas, que suponen la necesaria minoración del PIB de 1996, toda vez que el PIB real en este año ha sido menor que la previsión que hubo en la iniciación del presupuesto de 1996; una minoración de 12.134 millones de pesetas como consecuencia de los créditos para atender esta operación de saneamiento; 18.485 millones de pesetas, que no aparecen en el presupuesto del Sistema Nacional de Salud y se refieren a las empresas colaboradoras.

Si me permite, le anticipo la explicación. Si se fijan en las fuentes de financiación del presupuesto, se observa que las aportaciones del Estado vía impuestos crecen un 13,43 por cien, lo que supone aproximadamente que la Sanidad ya está financiada en 1997 en torno al 94 por cien vía impuestos, sólo el 5,6 por cien se financia vía cotizaciones. Se ha mantenido una orden de la década de los años sesenta de forma imperturbable durante todos los ejercicios, donde se definía la configuración y conceptualización de las empresas colaboradoras, a pesar de que ya en 1997 las cuotas de la Seguridad Social solamente representen el 5,6 en el presupuesto, lo que llevó a los responsables del Ministerio de Hacienda a no contemplar esta partida de ingresos en los presupuestos de ingresos del Sistema Nacional de Salud que, por otra parte, como usted sabe, no tiene ninguna repercusión en el presupuesto de gastos, toda vez que era un ajuste en formalización.

En cuanto a la conceptualización y el futuro de estas empresas colaboradoras, señoría, le corresponde al Ministerio de Trabajo dicha conceptualización y cualquier decisión en cuanto a la orden en la que se tipifica la colaboración voluntaria de las empresas en la asistencia sanitaria. Por tanto, será dicho ministerio el que le pueda aclarar estas consideraciones. Quiero decirle que, como responsables sanitarios, a nosotros no nos afecta esta fuente de financiación del Sistema Nacional de Salud en el presupuesto de ingresos ni en el presupuesto de gastos.

Por último, así como en 1996 el PIB previsto sufre una minoración porque el PIB real es inferior al previsto, en 1995 ocurre lo contrario, sufre un incremento, dado que el PIB previsto en 1995 ha sido inferior al PIB real. Este incremento supone 7.200 millones de pesetas para el sistema. Por lo tanto, el crecimiento del presupuesto supone un 6 por ciento en la comparación homogénea con el presupuesto de 1996.

Para concretar esta primera parte de su exposición sobre el modelo de financiación, quiero decirle que los presupuestos del Insalud gestión directa sufren un incremento en términos homogéneos, dado que hay que hacer la deflación del PIB de 1996, del 5,69 y el de las comunidades autónomas del 5,57. En Insalud crece un poco más que las comunidades autónomas debido a que hay comunidades autónomas que siguen minorando su porcentaje de participación como consecuencia del acuerdo de financiación, en concreto las comunidades autónomas de Valencia, de Euzkadi y de Canarias.

En cuanto al texto articulado, la primera cuestión planteada al subsecretario y a mí mismo es la extrañeza que le ha provocado a S. S. la previsión de los conciertos, la nueva fórmula de contratación de los conciertos. Como sin duda S. S. sabe, un concierto no es más que un contrato administrativo tipificado como un contrato de gestión de servicios públicos. Ha de ser sometido, por consiguiente, a la Ley de Contratos del Estado y lo único que se pretende con esta disposición es que estos contratos de gestión de servicios públicos tengan la misma celeridad que tienen, por ejemplo, los contratos de suministros. Y me explico.

Como usted sabe también, porque lo ha hecho y con acierto en su etapa de ministra, en el Insalud se hacen con mucha frecuencia los concursos de determinación de tipo, es decir, se sacan a concurso determinados productos de uso muy intenso por parte de los centros de atención primaria o especializada y mediante la licitación y la convocatoria pública se establece una determinación de tipos, es decir, un precio de referencia en el cual cualquier hospital podrá comprar esos productos que se obtienen a través de un concurso público mediante un procedimiento negociado. Pues bien, esto es exactamente lo mismo que se pretende en los conciertos. Se pretende que se puedan licitar con publicidad y concurrencia las posibilidades de concertación que tiene el Insalud gestión directa y que después cualquier hospital ubicado en cualquier provincia del país pueda, a través de un simple procedimiento negociado y una vez concretado el precio, adherirse a esta concertación o a esta contratación. Lejos de huir de la publicidad y concurrencia, señorita, de lo que huimos es de las autorizaciones de uso, que, como usted sabe, no tienen ningún tipo de publicidad y concurrencia, y cuando llegamos al Insalud estaban bastante generalizadas.

Por lo que se refiere al control financiero y fiscalización previa, he de decirles que esta propuesta ha partido del Ministerio de Economía y Hacienda. He de decirles también que como responsables de Insalud somos firmes partidarios de sustituir la fiscalización previa por el control financiero y que creemos que ése es el avance en cuanto a la fórmula de control a la que deben estar sometidos todos los

caudales públicos, un control financiero y no un control acto a acto, como si un hospital fuese un negociado de tasas o una sección cualquiera de cualquier ministerio.

En relación con la regulación de contratos de obra, he de decirle que este artículo no ha sido una propuesta del Ministerio de Sanidad, pero sí le puedo decir que lo hemos visto con mucho interés y si para consolidar las inversiones del Sistema Nacional de Salud es necesario acudir a esta fórmula y nuestro escenario de financiación nos lo permite, en principio no deseamos acudir a dicha fórmula que, por otra parte, utilizarán los ministerios que conforman la Administración general del Estado. Insisto en que solamente vamos a utilizarla si nos interesa adelantar alguna inversión porque el principio de equidad lo reclama.

Por lo que se refiere a otra de las cuestiones planteadas al señor subsecretario y a mí mismo en relación con la publicidad y concurrencia de las subvenciones, lo primero que hemos de decir es que de momento no sería razonable el que todos los hospitales del país estuviesen sometidos en la ley de presupuestos a una subvención nominativa. En definitiva, un contrato programa no viene a ser más que la dedicación de una serie de recursos públicos hacia un hospital sin que tenga reflejo presupuestario previo. Pues bien, la propia naturaleza de hospital público que tendrán las fundaciones de Alcorcón y Manacor nos lleva a pedir —si fuese otorgado previo informe, como es natural, de la abogacía del Estado— la excepcionalidad de que estos hospitales públicos no estén sometidos a la publicidad y concurrencia para tener cualquier tipo de subvención por dos vías. La primera de ellas es que desde el momento en que se pone en funcionamiento un hospital tarda tres o cuatro meses en realizar una actividad ordinaria. Eso es normal en cualquier tipo de montaje de un hospital. Y en segundo lugar, que haya hospitales, los públicos —y también nos tememos que los de las fórmulas de gestión—, en los que se pueda producir algún tipo de subvención a la explotación toda vez que lo que facturen sea inferior a lo que gastan.

Bajo estos dos supuestos, hemos optado por no someter a publicidad de concurrencia, al igual que al resto de hospitales, a estos hospitales públicos con personificación jurídica, y por no concretar nominativamente la subvención, porque, como usted sabe, si la subvención que necesitasen fuese inferior a la prevista en el crédito se perdería ese crédito, y si aun siendo inferior quisiéramos gastarlo, lo que en definitiva estaríamos haciendo sería una sobrefinanciación del hospital que sería incorrecta.

Por lo que se refiere también al plan estratégico del Insalud, las preguntas de quien lo coordina y si se someterá al ministerio, las voy a contestar con la mayor amplitud posible. Los servicios de salud (y creemos que el primer servicio de salud del Estado es el Insalud gestión directa) deben de tener la autonomía suficiente para hacer su propia planificación y su propio plan estratégico. Si un servicio de salud está sometido a una administración, aunque ostente la misma la autoridad sanitaria y no pueda hacer ningún tipo de planificación, mal o escaso servicio de salud y mal o escasa prestación puede hacer en cuanto a la orientación de un presupuesto tan importante como este de

1 billón 300.000 millones si no tiene una planificación y unos planes estratégicos a impulsar a corto, a medio y a largo plazo.

Por lo que se refiere al Insalud, en esta Comisión anuncié ya al ministro, insisto, que iba a ser un plan realizado por, para y desde el Insalud. Por lo tanto, es la Dirección General de Organización y Planificación la que está realizando el plan estratégico, coordinado por el presidente ejecutivo del Insalud, y en el que participan todas las direcciones generales de dicho organismo autónomo.

Una vez hecho este plan estratégico, que esperamos poder presentar al ministro el primer trimestre de 1997, será ya el ministro, en aquellas cuestiones que afecten o que puedan afectar, de forma directa o indirecta, o que simplemente por un criterio de prudencia consideren que puede verse afectada la autoridad del ministerio, quien decida la aprobación o no aprobación del mismo en estas áreas concretas de coordinación con la autoridad sanitaria. En el resto, señoría, lo que está estudiando el plan estratégico, en definitiva, es cómo vamos a mejorar un principio de la Ley General de Sanidad, que es el principio de eficiencia.

Una vez consolidados los principios de universalización de la asistencia, es decir, el principio de la financiación pública, el principio del aseguramiento único y el principio de equidad, debemos también pensar en que el principio de eficiencia tiene el mismo rango y que es el sustento de todos ellos. Si nuestros hospitales públicos no son eficientes, señoría, le puedo asegurar que los demás principios no podrán verse llevados a la práctica.

Por lo que se refiere al detalle de temas que competen al Insalud, ha empezado S. S. a señalar cuestiones que afectan a la atención primaria. En concreto le preocupa el tratamiento que a la atención primaria se le da en este presupuesto. La subfunción 21, atención primaria, tiene un crecimiento del 8,41 por ciento, supone, por lo tanto, un crecimiento de algo más de 40.000 millones de pesetas. Evidentemente —después hablaremos de farmacia—, la mayoría de estos recursos, de momento, se incluyen en el presupuesto inicial a efectos del pago de la factura farmacéutica.

Actualmente, si finaliza el año como tenemos previsto, va a haber 102 equipos de atención primaria que queden para extender la cobertura al cien por cien del modelo de atención primaria. Pretendemos acometer la cobertura al cien por cien en dos años, 1997-1998. Pretendemos poner (no sé si en la memoria está correctamente transcrito, iban 61) 50 nuevos equipos en 1997 más otros 11, que son equipos que no se pudieron poner en 1996, como que ha ocurrido en 1996 con equipos previstos en 1995, que se quedaron sin implementar, y así sucesivamente en los ejercicios anteriores.

Lo importante es concretar el porcentaje de población protegida al final del ejercicio. Así, en el año 1993, frente a 1992, el porcentaje de población protegida mediante equipos subió un 10 por ciento. En 1994, frente a 1993, un 5; en 1995, frente a 1994, un 5; y en 1997, frente a 1996, esperamos que un 11 por ciento. Pretendemos acabar en 1996 con una cobertura del 82,22 por ciento y en 1997 llegar a una cobertura del 93,41 por ciento. Por lo tanto, no es

importante el número de equipos sino dónde se ponen y qué cobertura poblacional tendrá cada uno.

Por lo que se refiere a las relaciones entre la atención primaria y la atención especializada, señoría, al mencionar usted una frase de una memoria de objetivos —que, por cierto, hemos hecho con la mayor amplitud posible, y creo que ofrece bastantes más datos que otras memorias de objetivos, o al menos así lo hemos intentado hacer— no puedo responderle exactamente en este momento. Le contestaré, con mucho gusto, una vez aprobado el plan estratégico del Insalud.

Por lo que se refiere a su decepción en cuanto a las inversiones reales en atención primaria, efectivamente, usted está en lo cierto: decrecen un 30 por ciento, pero hay que decir lo que representa dicho porcentaje. Este 30 por ciento representa exactamente 2.000 millones de pesetas; por tanto, decrecen 2.000 millones de pesetas. Hemos de decir que el capítulo 6 del Insalud crece un 10 por ciento en el presupuesto, y a pesar de que en los cuadros —y después diré cómo se financian los hospitales de Alorcón y Manacor— aparece un crecimiento del 1,07 por ciento solamente, en realidad este crecimiento supone un 10 por ciento porque en capítulo 2 están previstas unas dotaciones para poner en funcionamiento el hospital de Alorcón, que ascienden a alrededor de 3.000 millones de pesetas, lo que supondrá, repito, un crecimiento del 10 por ciento del capítulo de inversiones en Insalud.

He hecho el estudio de los ejercicios anteriores y cuesta llegar a ver un incremento de un 10 por ciento en los capítulos de inversión en el Insalud gestión directa en los últimos años, y mucho más en un ejercicio en el que el capítulo VI de los Presupuestos Generales del Estado decrece en torno al 13 por ciento. Pues bien, en sanidad, frente a un decrecimiento de los demás ministerios de un 13 por ciento, se incrementa un 10 por ciento. Creo que esto es importante.

En cuanto a los centros, señoría, creo que hemos hecho el anexo de inversiones con la misma sistemática que con los anteriores, porque además creíamos que estaba bien hecho; si no, lo hubiéramos modificado. Los datos que usted me ofrece no se corresponden exactamente con los que yo tengo, en primer lugar, porque se van a terminar de equipar 36 nuevos centros de salud durante 1997; se van a iniciar otros 15; se continúa la ejecución de 7 centros de salud y se termina la reforma y ampliación de 3. Esto ha de estar reflejado en el anexo de inversiones.

Paso a contestar las preguntas relativas a atención especializada. La primera cuestión es la relativa a capítulo 1. El capítulo 1 de atención especializada, se enmarca dentro de la subfunción 22 y estos presupuestos le dedican la cantidad de 801.420 millones de pesetas, lo que supone un incremento del 4,18 por ciento, que da un crédito no comprometido de 32.000 millones de pesetas. Pues bien, estos 32.000 millones de pesetas los vamos a destinar, señoría, primero, a cubrir la desviación que se produce en 1996 de los laborales, artículo 13. En mayo de 1996 la previsión de desviación de capítulo 1, elevada la nómina a 12, suponía 4.000 millones de pesetas. Lógicamente, esto ha creado un *handicap* importante para la gestión en 1996, y vamos a

ver si somos capaces de reconducir estos 4.000 millones de pesetas y que se queden en torno a los 3.000 millones para 1997. Pero, insisto, la nómina de mayo elevada a 12 suponía una desviación de 4.000 millones de pesetas.

En relación con el complemento de productividad variable, puedo decirle que el pacto al que usted se refiere partía de dos premisas: un incremento del 5 por ciento de actividad y unos ahorros producidos de, aproximadamente, 5.000 millones de pesetas, pues, como usted sabrá —en este caso, sí que mucho mejor que yo—, no había consignación presupuestaria para atender este hecho, y me explico. Además del pacto con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, al parecer, había una serie de compromisos con otras organizaciones sindicales, en el sentido de que, si se retribuía a los facultativos, parecía razonable que también hubiese un incremento de retribuciones del personal sanitario no facultativo y del personal no sanitario, y esto supone, señorita, una cantidad aproximada de 10.000 millones de pesetas. En 1996 no había, ni hay, consignación presupuestaria para atender este pacto.

En cuanto a si se cumple o no se cumple —lo ha expresado el Ministro—, nosotros nos comprometimos a dos cuestiones. La primera de ellas es que queremos cumplir el acuerdo con los facultativos, firmado con el ministerio en 1995, porque creemos que los acuerdos se firman para ser cumplidos. Pero también hemos de decir que, en aquellos hospitales donde no haya un incremento del 5 por ciento de actividad, pero donde —ya no vamos a pedir que se hayan producido ahorros, porque el ahorro, lógicamente, está un poco reñido con un incremento de actividad en un 5 por ciento—, al menos, se hayan sometido a contrato-programa, nosotros vamos a repartir esos incentivos entre el personal. Será en la mesa sectorial donde creo que por prudencia debo de pronunciarme sobre si este pacto va a tener o no efectos en relación con personal sanitario no facultativo y al personal no sanitario, porque previamente se han de mantener los contactos con las centrales sindicales que forman parte de la mesa sectorial. En todo caso, como usted sabe, este pacto no está explícito, no está escrito. Por consiguiente, a nosotros nos dicen que se había pactado esto, pero tampoco lo sabemos exactamente; puede ser que sí.

Por lo que se refiere a los nuevos hospitales, señorita, la Fundación Hospital Manacor se va a constituir en este mes de octubre —eso espero— o, en todo caso, en los primeros días del mes de noviembre. En cuanto al hospital de Alcorcón, vamos a intentar abrirlo, si las obras y la previsión de dotación lo permiten, en el segundo semestre de 1997. Por lo tanto, el crédito ha de estar situado donde parecía razonable que estuviese, toda vez que, como usted sabe también, en la estructura presupuestaria no había ningún concepto abierto en capítulo 7 para destinar a dotación el patrimonio fundacional de estos centros. Con un criterio exclusivamente de prudencia, lo hemos situado en el capítulo 2, tanto lo que se refiere a conciertos como a compra de bienes y servicios; previamente, como es lógico, habrá que hacer las transferencias correspondientes.

Me preguntaba S. S. si vamos a incrementar o no la partida destinada a conciertos. La cantidad exacta que prevé el

anexo de presupuestos para conciertos son 126.160 millones de pesetas; pero, como usted sabe, para hacer comparaciones homogéneas, a esta cantidad han de ser sumados 3.000 millones de pesetas que provienen de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, para participar en la financiación del hospital general de Asturias. Por tanto, la cantidad resultante será 129.160 millones de pesetas. El gasto real de esta partida en 1995 fue superior al presupuesto inicial de 1996. En 1995, el gasto real ascendió a 119.580 millones de pesetas y el presupuesto inicial de 1996 fue inferior en 1.000 millones de pesetas, concretamente, 118.761 millones de pesetas. Pero además de este presupuesto inicial inferior al gasto real del ejercicio anterior, la previsión en mayo de 1996, en conciertos, era una desviación en el entorno de 3.000 millones de pesetas. Es decir, si mantenemos todo el año el nivel de concertación que había en mayo de 1995, nos desviaríamos del entorno de 3.000 millones de pesetas. Por lo tanto, señorita, lo que hemos hecho en 1996 es cubrir esta desviación —parece razonable— y, además, detraer o incrementar —desde luego, en una parte muy pequeña, aproximadamente en 1.500 ó 1.800 millones de pesetas— nuestras posibilidades de conciertos para llegar al objetivo de que nadie espere más de doce meses; es decir, que se intervenga a los 54.000 pacientes que, de no ser intervenidos, esperarían, a 31 de diciembre de 1996, más de doce meses. Por tanto, en 1996 frente a 1995, la partida de conciertos, de gasto sobre gasto, crece un 4,65 por ciento, esto es, 6.000 millones de pesetas. De este 4,65 por ciento, 4.000 millones de pesetas, es decir, aproximadamente, un 3,5 por ciento es en incremento de tarifas, exclusivamente, y el resto, los 1.800 millones de pesetas restantes, es el incremento de actividad quirúrgica, a través de este tipo de resorte.

Por lo que se refiere a 1997, el presupuesto, como decíamos, 129.160 millones de pesetas, se incrementa tan sólo el 3,21 por ciento sobre la previsión de gasto de 1996. Este 3,21 por ciento se destinará: 2,6 para la revisión de tarifas y el 0,6 restante para el incremento de actividad o, más que para ello, para cuestiones como la hemodiálisis, la litotricia, etcétera, cuyo uso está incrementándose debido a las nuevas tendencias asistenciales.

Por lo que se refiere a inversiones —creo que es la penúltima pregunta de S. S., después viene lo de farmacia— la verdad es que ha mostrado su preocupación porque bajan las inversiones en atención primaria y parece ser que también ha mostrado su preocupación porque las de atención especializada no se ven incrementadas en lo que nos gustaría. La reflexión es la misma que hacía previamente. Si las inversiones crecen un 10 por ciento, en un momento de restricción de gasto público y ante una decisión de reducir las inversiones en los otros ministerios, la verdad es que un responsable sanitario, aun no sintiéndose satisfecho plenamente, se siente aliviado por este dato.

Por lo que se refiere a una serie de cuestiones concretas que usted ha expuesto, no se preocupe usted por el hospital de Valladolid. Nosotros tenemos intención, y no sólo intención, sino que se va a hacer el hospital de Valladolid. **(La señora García Manzanares: ¡Faltaría más!)** Como usted sabe, no hay nada en el ministerio ni en el Insalud, ni

siquiera ese acuerdo firmado, porque, al menos, de los que me han pasado los funcionarios, no hay ningún acuerdo firmado: había un protocolo que no se firmó, para la realización de este hospital. Ya hemos entablado contacto con el Ayuntamiento de Valladolid y con la consejería para firmar realmente este convenio, para que el Insalud pueda disponer de una parcela adecuada y suficiente para esta inversión y para que en 1997 se pueda de verdad contratar la redacción del proyecto, pagar los honorarios y hacer los estudios geotécnicos necesarios en cuanto esté concretada la ubicación de la parcela.

En cuanto al hospital de Calahorra, existía un compromiso que estaba redactado, yo creo, de una forma muy inteligente, en el que no se decía, en mi opinión, o no se deducía explícitamente que la comunidad autónoma debería hacer el hospital de Calahorra, sino que lo único que se decía era que habrá que hacer el hospital de Calahorra y que la comisión de seguimiento establecerá los mecanismos para la construcción de dicho hospital. En todo caso, el convenio está ahí y podemos revisarlo, si le parece. El acuerdo para el hospital de Calahorra se ha protocolizado —creo que ha sido una buena noticia en la Comunidad Autónoma de La Rioja— el lunes pasado, si no recuerdo mal, por el Ministro y por mí mismo con el Presidente y con el Consejero de Sanidad de dicha comunidad. Sorprendentemente, la Comunidad Autónoma de La Rioja está por debajo del gasto sanitario si la comparamos con las provincias de gestión directa o bien con las comunidades autónomas de gestión directa; está por debajo del gasto sanitario que le correspondería. Y digo sorprendentemente porque este hecho a mí me causó también sorpresa, pues creí que no era así. Este ha sido el motivo que nos ha llevado en principio a hacer un esfuerzo, junto con la comunidad autónoma, que consiste en que la comunidad financia el 40 por ciento del hospital y el Insalud financia el 60 por ciento restante. Por tanto, éste es el compromiso que creemos que responde a algo esperado en dicha comunidad autónoma y también creemos que la comunidad autónoma se viene a comprometer de forma explícita con esta inversión al poner el 40 por ciento en algo sobre lo que seguro que a ustedes les han dicho muchas veces y a mí también, que las comunidades autónomas sin transferencias sanitarias no deben de destinar sus recursos a la atención especializada, toda vez que no tienen competencia en dicha materia.

Por lo que se refiere al hospital de Fuenlabrada, es posible, señoría, yo no lo discuto, que en 1996, en el anexo de inversiones, apareciese una dotación, pero lo cierto y verdad es que no había absolutamente nada, ni proyecto, ni convenio de transmisión de la propiedad necesaria del inmueble para realizar el proyecto, ni convenio explícito a tal efecto. Y, claro, en inversiones nos resulta muy difícil actuar, porque el 80 por ciento de las mismas el responsable anterior del ministerio, del Insalud lo dejó comprometido, y por tanto nos resulta muy difícil disponer de este margen del 20 por ciento. En todo caso, en el hospital de Fuenlabrada hemos hecho algo que creemos que también usted había hecho previamente y que consiste en ver si realmente, con el nuevo hospital de Alcorcón, que se va a poner en funcionamiento en el segundo semestre del año,

es necesaria o no, teniendo 600 camas, prácticamente el aforo del Gómez Ulla casi sin utilizar, esta infraestructura sanitaria, toda vez que la Comunidad Autónoma de Madrid tiene un superávit importante en atención especializada. Por tanto, no deseamos la posibilidad de que se haga un centro de atención especializada en dicho municipio, tampoco deseamos la posibilidad de que se amplíe el hospital de Leganés y solucione esta demanda sanitaria y tampoco deseamos la posibilidad de que se utilicen camas de un hospital público, como es el hospital Gómez Ulla, para solventar los problemas de esta población, pero lo que sí decimos es que en todo caso el hospital de Alcorcón vendrá a mejorar, sin duda, la demanda asistencial que se produce en aquel término municipal.

Por último, por lo que se refiere a la explicación de los créditos destinados a farmacia, lo primero que hemos hecho en farmacia ha sido considerar que los créditos no deben tener el carácter de ampliables. Lo que podemos hacer con esto es que los sobrantes que tengamos en farmacia los podremos destinar a cubrir otras necesidades, cosa que, como usted sabe, hasta la fecha no era posible hacer. Con esta garantía hemos sido prudentes en cuanto a previsión de farmacia, pero prudentes llevados por dos hechos. El primero de ellos es que en mayo de 1996, es decir, en el momento en el que nos hacemos responsables de la administración sanitaria y de la Administración general del Estado, la desviación en farmacia suponía en términos anuales 10.000 millones de pesetas. Por tanto, lo primero que hemos hecho es mostrar nuestra preocupación, porque el crédito destinado a farmacia en el presupuesto de 1996 estaba excedido ya en mayo en 10.000 millones de pesetas. Ante este hecho hemos actuado bajo una doble dirección: en primer lugar, absorber esta desviación en 1997, y, en segundo lugar, prever un gasto real, así como este año andará en el entorno del 12 ó 12,5 por ciento, prever un gasto real de 2 ó 2,5 puntos por debajo, en concreto un 10 por ciento.

En todo caso, el decreto de márgenes y el acuerdo con Farmaindustria —en aquel momento de presupuestación de la farmacia no conocíamos el decreto de márgenes; sí conocíamos el acuerdo con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos— nos hacen ser optimistas en esta partida, porque pensamos implementar dos medidas fundamentales que creemos pueden intentar minorar un problema que tiene planteado la sanidad en este país desde hace ya mucho tiempo. La primera es que vamos a identificar a los beneficiarios de las recetas. Hasta la fecha solamente estaban identificados los médicos prescriptores; parece razonable que se sepa exactamente también el consumo de los pacientes, de los beneficiarios. En segundo lugar, vamos a intentar dar un presupuesto capitativo a cada facultativo, pactado con los coordinadores de equipos y con las gerencias, en base al histórico y en base a la estructura etárea de la población que tiene el cupo de ese facultativo, pensionistas o activos, todo ello aderezado, si es posible, con unos objetivos que hasta la fecha estaban orientados a la gerencia de atención primaria. Es decir, en aquella gerencia de atención primaria constituida por diez equipos, de los que tres cumplían los objetivos pero siete no, suponía que ningún equipo pudiera llevarse estos in-

centivos por cumplimiento de objetivos. Nosotros creemos que los profesionales comprometidos con su trabajo no pueden verse menoscabados por otros profesionales menos comprometidos. En consecuencia, vamos a intentar —y lo digo con mucha prudencia— que los incentivos se paguen a la unidad, es decir, al equipo, y que no estén vinculados a la gerencia de atención primaria, para intentar incentivar, insisto, a los profesionales, sin duda, la mayoría comprometidos con la sanidad pública de este país.

Dicho esto, señoría, creo haber respondido, o al menos haberlo intentado, a la mayor parte de las consideraciones que me ha hecho, y quedo a su disposición para cualquier aclaración.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora Amador para turno de réplica.

La señora **AMADOR MILLAN:** Gracias, señor secretario general por su explicación. Usted sí nos ha aclarado muchas cosas. Yo creo que su intervención ha sido muy clarificadora, muy ilustrativa y, para decirle todo, para mi grupo, preocupante.

Algunas de las cosas que nos ha explicado y que yo le agradezco despejan, de manera definitiva, las dudas que ha suscitado un discurso por parte del Gobierno, que en un cierto momento ha diluido cuáles eran las intenciones reales de la política sanitaria del Gobierno. Le voy a dar un ejemplo de lo que digo. Usted acaba de confirmar que se va a constituir la fundación para el hospital de Manacor en el mes de octubre —estamos hoy a 17 de octubre—. Cuando el Gobierno aprobó el malhadado decreto-ley de habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, ante las protestas de mi grupo y demás grupos de la oposición por el contenido de su contenido, el Gobierno intentó tranquilizar a la oposición diciendo que, como no estaba en su intención hacer nada de lo que nos temíamos, en la fase de enmiendas a la hora de tramitar el decreto-ley como proyecto de ley, trámite que votó el Grupo Popular, tendríamos ocasión de enmendarlo. Ese trámite, señor Núñez, no ha empezado o acaba de empezar, porque se acaba de ver la enmienda a la totalidad presentada por dos grupos parlamentarios, y ustedes ya tienen la fundación decidida, constituida y consignada en los presupuestos por una vía poco transparente, señor Núñez, permítamelo. Durante muchos años el Partido Popular ha hecho proclamaciones y ofertas de transparencia, de claridad, de agilidad, y usted entenderá que ahora tenga que rendir cuentas. Si usted cree que la forma más transparente, más tranquilizadora de estrenar este nuevo modelo de gestión es constituir ya las entidades jurídicas, las que sean, que no conocemos (usted acaba de decirnos que es una fundación en Manacor), sin esperar a que la ley se tramite, ¿por qué el Grupo Popular votó la tramitación del decreto-ley, como proyecto de ley? El Gobierno, señor Núñez, tiene la capacidad de decidir, incluso tiene la capacidad de legislar a través del decreto-ley. Por tanto, mi mayor reproche en este momento es que no asuma esa responsabilidad y pretenda crear la apariencia de actitud para el diálogo y de acuerdos parlamentarios. ¿Por qué votó a favor de la tramitación del decreto-ley

como proyecto de ley? ¿Por qué dijo que, a través de esa tramitación, los grupos parlamentarios iban a poder clarificar las dudas, las incertidumbres, las preocupaciones que ese decreto-ley nos suscitaba? El hecho de que en este mes se constituya y se ponga en marcha el primer hospital del nuevo modelo demuestra el respeto que al Gobierno le merece el resultado final de la tramitación de esta ley. Y las enmiendas que vayamos a discutir sabemos qué valor y qué trascendencia van a tener cuando las decisiones están tomadas. En la financiación, que está en el capítulo 2, me dice usted, hay 3.000 millones para poner en marcha esta nueva modalidad, he creído entenderle en Alcorcón, no en Manacor. En todo caso, señor Núñez, tengo que decirle que si ésta es la nueva forma de gestión, la nueva forma de mejorar la eficacia, la transparencia, a mí me produce una enorme preocupación. La Fundación de Verín según información obtenida recientemente lleva funcionando tres años. Cuando hemos pedido un avance de la evaluación de los resultados del modelo de una fundación gestionando la sanidad se nos ha dicho que se está en trance de evaluarla. Tres años. Por tanto vamos a tener que esperar, señor Núñez, tres, cuatro o no sé cuántos años, si utilizan este nuevo procedimiento de obras, diez años. Señor Núñez, la inversión que se hace en Sanidad no me preocupa en relación al déficit, que también me preocupa. Lo que ocurre es que lo que se gaste en inversiones está condicionando otras políticas de salud. De manera que cuando habla de mandar al futuro la financiación de centros, de inversiones, según usted porque la equidad lo requiera, permítame que cuestione ese principio de equidad, porque a lo mejor no deliberadamente pero teniendo en cuenta la distribución de inversiones que han hecho, la interpretación de la equidad es relativa.

Yo no le he presionado con las inversiones, señor Núñez, porque el Gobierno tiene la capacidad de decidir las. Le he mostrado la preocupación, y usted me contesta para explicar las inversiones, con los siguientes argumentos: en Valladolid no hay documento firmado, pero se va a hacer, no hay papeles firmados; en La Rioja sí los hay, pero los interpretamos de manera distinta; y en Fuenlabrada no hay nada. Lo que pasa de verdad es que se replantean ustedes el hospital de Fuenlabrada, que es lo que para mi grupo constituye una pésima noticia. De manera que los papeles, de que estén firmados a que no lo estén, de que existan a que no, tienen distinto valor según quien sea el interlocutor o el sitio, señor Núñez. Eso ustedes tienen derecho a hacerlo, están gobernando en el Ministerio de Sanidad, pero no intenten quedar bien con todo el mundo, porque eso al final no es posible. Si en Valladolid no hay nada firmado y en Fuenlabrada tampoco, resulta que ustedes se deciden por Valladolid; y si en La Rioja hay un convenio firmado que dice que se va a construir el hospital, ustedes interpretan que además de las otras obligaciones que existían en ese documento para el Insalud, el hospital de San Pedro, me parece que se llama, además de eso, el Insalud carga con el 60 por ciento de la financiación del de Calahorra. Puesto que hemos hablado de este hospital, que es seguramente paradigmático de lo que está pasando por varias razones, quiero decirle que la razón de que el Insalud no lo

financiara no era sólo por un problema de selección desde el punto de vista de la financiación, sino porque en los criterios de planificación del Insalud no entraba la necesidad de que en Calahorra hubiera un hospital, que era un empeño, en cambio, de la comunidad autónoma. No es sólo por razones financieras; es que el Insalud y sus criterios de planificación y de medidores de comparación con el resto de las inversiones en el territorio priorizaron invertir en el hospital de San Pedro, si recuerdo bien, y no en el de Calahorra. De manera que ustedes han modificado las inversiones, en uso de su derecho, pero defiéndanlas, defiendan que su criterio es otro, defiendan que no creen que haga falta un hospital en Fuenlabrada y que con el de Alcorcón nos vamos a arreglar los madrileños y los visitantes. Y díganse a la Comunidad de Madrid y al Ayuntamiento, porque estaban muy interesados en el hospital de Fuenlabrada. Por tanto, no es un problema de que yo pretenda modificar las inversiones, ni de que usted se sienta presionado por las mismas; es que ustedes tienen otros criterios, tienen otros criterios para las inversiones, tienen otros criterios para la atención primaria, tienen otros criterios para la política de personal.

Señor Núñez, no hay más acuerdos que los firmados con el sindicato que hizo la huelga médica. Me asombra que le pueda causar preocupación que existan otros acuerdos no firmados. Señor Núñez, aquélla fue una huelga durísima, que ojalá hubiéramos podido evitar todos los responsables de la misma, pero ¿de verdad usted cree que después de haber llegado a una situación de huelga, que se prolongó los meses que se prolongó, se pone fin a la huelga en virtud de un acuerdo no escrito? **(El señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, Núñez Feijoo: No he dicho eso.—Rumores.)**

Las aclaraciones que me da en relación con las modificaciones legislativas, señor Núñez, se las agradezco y además le agradezco la claridad con que las ha expuesto, se lo agradezco sinceramente y le expreso nuestro desacuerdo más profundo. Ni creemos que se agilice la contratación y se mejore la eficiencia por llevar a un procedimiento como el negociado toda la concertación sanitaria, sin distinción, no lo creemos, y nos vamos a oponer a eso; ni creemos admisible hacer la excepción del requisito de la publicidad de las subvenciones. Dice usted que no le parece razonable que figuren todos los hospitales en los presupuestos. Mire usted, con el volumen que tienen los presupuestos, que figuren 90 consignaciones presupuestarias no me parece un argumento, pero es que además estamos hablando de dinero público, señor Núñez, estamos hablando de control de fondos públicos, estamos hablando de cómo se van a destinar, cuál es la titularidad, cuáles son las garantías, qué va a pasar en la gestión de esos hospitales, y después de tres años no tenemos todavía evaluación de las nuevas experiencias.

Señor secretario general, yo le expreso mi preocupación enorme y la de mi grupo por esas decisiones que os parece que caminan en una dirección absolutamente peligrosa para la consolidación del sistema. Nos parece que esas decisiones son incompatibles con la proclamación de principios que ustedes hacen y, por tanto, le agradezco las

aclaraciones, pero le expreso nuestra discrepancia con todas esas decisiones.

Ha hecho una referencia al aumento de los conciertos y de las listas de espera, vinculadas a la productividad. Yo no le había preguntado por las listas de espera. Les pediré cuentas cuando lleguen las fechas en las que ustedes se han comprometido. He dicho siempre que la lista de espera no se debe utilizar en el debate político de manera demagógica y no lo voy a hacer, señor secretario general, pero como ha mencionado la lista de espera, me gustaría llamar la atención sobre el hecho de que en los indicadores que reflejan las intervenciones quirúrgicas y las programadas, las ambulatorias, etcétera, hay un aumento de 39.000 intervenciones quirúrgicas que no tienen luego ningún reflejo en la consignación presupuestaria. Me gustaría saber si va a ser por autoconcertación o por concertación externa.

Por último, señor Núñez, en varios asuntos que ha tratado ha hecho continuas referencias, unas más veladas y otras más explícitas, a que todos los males de la evolución de la ejecución del presupuesto del Insalud en el año 1996, estamos en el mes de octubre, están en el mes de mayo. Lamento esos comentarios. Quiero recordarle que durará lo que dure el poder seguir imputando al Gobierno anterior todos los males, y en el caso del Insalud, hay unos meses de responsabilidades directísimas de gobierno y otros meses en funciones, en los que se evitó tomar decisiones que condicionaran ni el tema del presupuesto ni de otra naturaleza. Lamento que, una vez más, por parte de su Gobierno se recurra a las imputaciones continuas y generalizadas a que si va a haber desviación en farmacia, es que en mayo la había ya; a que si hay desviación en el capítulo 1, es que en mayo la había ya. De doce meses, señor Núñez, ustedes van a tener que responder de siete, y nosotros de catorce años —lo hicimos entonces y lo vamos a seguir haciendo el tiempo que haga falta—, pero no sigan utilizando ese argumento, porque cada día que pasa parece más fuera de lugar.

Muchas gracias por sus explicaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar, tiene la palabra el señor Núñez.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Voy a intentar contestar a las cuestiones que me plantea. Si le parece empiezo por el final.

Yo no he hecho ningún tipo de imputación a la previsión de 1996 en lo que se refiere a desviación, salvo que sea una respuesta lógica a su pregunta. Si S. S. me pregunta cómo es posible que se presupueste un 14 por ciento en farmacia, tengo que decirle que la previsión de desviación en farmacia en 1996 son 10.000 millones de pesetas, porque si no no habría una previsión de un 14 por ciento. Haríamos quizás una previsión como la que se hizo para 1996, de un crecimiento de un 8 por ciento. El problema es que no fue un crecimiento de un 8 por ciento, el problema es que el crecimiento ronda el 12,5 ó 13 por ciento. La explicación lógica y también sería para poder responder con argumentos a un planteamiento, por otra parte lógico que

usted hace, es que crece un 14 por ciento la farmacia porque hay que atender a 10.000 millones de previsión de desviación en 1996.

Me ha preguntado también por qué se incrementa el artículo 13, personal laboral. Su señoría estará de acuerdo conmigo en que no encuentro ninguna otra explicación más que decirle que los créditos del artículo 13 en mayo de 1996 reflejaban en términos anuales una desviación de 4.000 millones de pesetas. Créame si le digo que no es mi estilo hacer ningún tipo de referencia cuando no se me pregunta una cuestión, pero cuando se me pregunta creo que es un deber parlamentario responder con corrección a las cuestiones que usted me plantea. Este es el espíritu y no otro, señoría, de las cuestiones referentes a los ejercicios anteriores y tengo que decirle que cuando se llega a un organismo tan importante como el Insalud la pregunta lógica es cómo estamos en el cumplimiento del contrato-programa, cómo estamos en el ajuste del presupuesto, para tomar las decisiones convenientes, y la respuesta, señoría, es que a veces estamos bien y otras veces no lo estamos y en este caso me temo que en estas partidas no estábamos bien; en otras sí, pero en éstas usted no me ha preguntado, porque la previsión es lógica con el presupuesto de 1996; donde no es lógica usted me ha preguntado y yo le he respondido.

En relación con el incremento de actividad, completamente de acuerdo con usted en que la lista de espera quirúrgica o la de consultas externas o la de pruebas diagnósticas es algo consustancial con un Sistema Nacional de Salud y con un sistema de universalización de la asistencia y de gratuidad de la misma. Estoy absolutamente de acuerdo con usted. No sacaré yo esta referencia salvo cuando usted me la pregunte.

Por tanto, lo que hemos hecho es intentar paliar una situación que estaba sin ninguna comparación homogénea en ningún servicio de salud del Estado. En ningún servicio de salud del Estado, señorías, existen personas que llevaban más de dos años e incluso tres años esperando una prótesis quirúrgica, salvo que los datos de los servicios de salud que manejan sean incorrectos. Sin duda como consecuencia de la huelga de facultativos, sin duda como consecuencia de otro tipo de cuestiones, es posible —y estoy convencido de que tenemos que luchar contra ellas también, este equipo y los que nos sucedan—, lo cierto es que había este tipo de lista de espera quirúrgica y nosotros hemos tenido que acometerla como usted lo haría sin duda si estuviera en el lugar que estamos nosotros a la hora de asumir estos compromisos. Hablaremos cuando usted nos lo pregunte y no otras veces sobre cómo vamos en el programa de lista de espera quirúrgica, pero en 1997 vamos a incrementar la actividad quirúrgica, y lo digo en esta Comisión y me arriesgo a no poder hacerlo, pero es que si no me comprometo a ello, creo que no me comprometería con una buena utilización de los recursos sanitarios públicos y del presupuesto.

Preveamos incrementar en 1997 44.500 intervenciones quirúrgicas, señorías. Si los facultativos y el personal sanitario quieren, creemos que la capacidad que tiene el sistema puede responder a este reto y para esto hay 13.700

millones de pesetas, que es el crédito que queda en capítulo 2 de atención especializada destinado pura y llanamente a incremento de actividad, a consumo de farmacia hospitalaria, a consumo de productos sanitarios y a consumo de prótesis y a otro tipo de cuestiones necesarias para reponer un principio de equidad que creo quebrado en este caso. Pero insisto, señoría, créame, en mi anterior responsabilidad administrativa solamente he respondido a las preguntas de lista de espera quirúrgica cuando se me han hecho; cuando no se han hecho no utilizamos este tipo de argumentos porque creo que no es correcto.

Por lo que se refiere a otras cuestiones como el tema de que tenemos otros criterios. Será legítimo en todo caso, y si no los tuviésemos, seguro que usted nos lo reclamaría. Lo que ocurre es que son criterios que se orientan hacia la consolidación del sistema sanitario y lo que ocurre también es que hay grupos o personas interesadas en decir que no, pero claro, por los hechos nos conocerán, y si algún tiempo nos dejan gestionar estos servicios, la consolidación del balance de actuaciones no podrá conllevar otro tipo de conclusión que éste. Este es un compromiso asumido por el Ministro de Sanidad, con el que me honro en trabajar en los últimos cinco años, y le puedo asegurar que todas las decisiones que he visto de este ministro en sus últimos cinco años han ido siempre por estos derroteros y nos gustaría saber el porqué hay grupos y personas que dicen lo contrario, pero que lo digan con hechos. Decir esto cuando hablamos del Real Decreto-ley 10/1996 —usted me ha dado la posibilidad de hablar de él, porque yo no había hablado de él, no he hecho ningún tipo de explicitación al respecto— es especialmente doloroso; es especialmente doloroso para un gestor de la sanidad pública cuando se utiliza un real decreto que persigue exclusivamente, en primer lugar, la consolidación del sistema sanitario público de este país y, en segundo lugar, ligar los principios de equidad con el principio de eficiencia; insisto en que es especialmente doloroso y además que provenga de un grupo parlamentario tan importante como el que usted representa. Le voy a decir los motivos.

La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña de 1990 prevé todas las fórmulas que contiene este real decreto; el Parlament de Cataluña, desde luego con el apoyo del Grupo Parlamentario Socialista, aprobó esta ley en 1990. El plan estratégico del Osakidetza, de 1983, prevé que el Osakidetza se conforme en una entidad de derecho público sujeta a derecho privado. En el caso de este plan y desde luego con el anuncio que ha hecho el Consejero Azkuna de llevar ya al Parlamento —no sé si lo ha presentado o no, él ha dicho que sí— una ley que habilite al Osakidetza como entidad de derecho público sujeta a derecho privado, en un Gobierno del que forma parte su grupo, es especialmente doloroso también. Además, señorías, que en Andalucía, con un Gobierno creo que no sospechoso de no coincidir con sus planteamientos, se hayan empleado fórmulas exactamente iguales a las que estamos pretendiendo y que en Andalucía esté bien y que aquí no también es especialmente doloroso.

Por último, cuando hemos visto las leyes de otras comunidades autónomas sin competencias transferidas, he-

mos visto que en Asturias, en Castilla y León, en La Rioja, en Murcia, esto no es discutible, esto es un hecho, la ley está publicada y, lo que es más curioso, el Ministerio de Sanidad no ha impugnado nunca este tipo de disposiciones. Y nosotros creíamos y seguimos creyendo que son disposiciones que bordean, por no decir que incumplen, la Ley General de Sanidad de 1986. Por eso, lo que hemos hecho ha sido adecuar la situación jurídica y la situación de hecho que existe en las comunidades autónomas del Estado a una realidad evidente, y es la *empresarialización*, en base a un principio de equidad, de la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, señoría, no se debe decir que se rompe algún consenso por hacer una fundación pública. Convendrá conmigo, por su formación, en que el hospital de Alorcón, o la Fundación Hospital de Alorcón y la fundación Hospital de Manacor, son exactamente igual de públicas que el hospital 12 de Octubre o que el Ramón y Cajal, exactamente igual de públicas. Le voy a decir por qué. En primer lugar, porque es una decisión de la autoridad pública el hacerlas; en segundo lugar, porque el protectorado es público; en tercer lugar, porque el patronato es público; en cuarto lugar, porque una fundación es un bien sin ánimo de lucro, es un patrimonio fundacional sin ánimo de lucro, en el que el fundador no puede disponer de él; en quinto lugar, porque en los estatutos de la fundación se prevé control financiero permanente y sometimiento al Tribunal de Cuentas; en sexto lugar, porque en la contratación de servicios por parte de la fundación se somete a los principios de publicidad y concurrencia; y en séptimo lugar, porque en la contratación de personal se somete a los principios de mérito y capacidad.

Por tanto, por todas estas razones, señoría, la Fundación Hospital de Alorcón y la Fundación Hospital de Manacor son exactamente igual de públicas que las demás, con una particularidad, y es que si esta fundación no realiza la actividad para la que el Sistema Nacional de Salud la contrata, esto se ve y hay que solucionarlo, mientras que en el resto de hospitales, señoría, estas desviaciones de las que hablo no hay forma de solucionarlas, al menos, ni siquiera hay fórmulas para imputarlas.

De verdad, créame, para mí personalmente ha supuesto un disgusto considerable —y no estoy hablando en plan figurado— ver que un grupo parlamentario tan importante y ver que S. S., que conoce mejor que yo la legislación y el derecho administrativo, puedan pensar que una fundación tiene algún sesgo o algún riesgo de que se pueda tipificar como una figura jurídico-privada. Todo lo contrario, señoría, una fundación, una empresa pública, un ente de derecho público sujeto a derecho privado, en definitiva, todas estas fórmulas están previstas en la Ley General Presupuestaria, en la Ley de Fundaciones; yo he leído con mucho interés la enmienda que ha presentado el partido al que usted representa, y si la comparamos con los estatutos de la fundación, hay bastantes más coincidencias, se lo digo en serio, señoría, de las que usted parece destacar.

Por último, hospital Verín. Como decía antes, en los últimos cinco años en los que he estado al frente de la Secretaría General de la Consellería de Sanidad en el Gobierno

de Galicia, he tenido que comparecer, con mucho gusto, no le puedo decir en cuántas ocasiones, y no se puede decir que la experiencia del hospital Verín está sin evaluar. Hay —no le puedo decir exactamente cuántas— decenas de preguntas parlamentarias sobre la actividad en el hospital, sobre el coste UPA, sobre el capítulo 1, sobre el capítulo 2, pero lo que es más importante, en los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Galicia el hospital Verín se sometía al mismo trámite que los presupuestos de todo el Servicio Gallego de Salud, es decir, acompañaba al presupuesto y se sometía al debate de la comisión correspondiente.

Dicho esto, señoría, acabo refiriéndome a los acuerdos con los sindicatos. Seguro que me ha entendido mal porque yo no he querido decir esto bajo ningún concepto. La huelga ha sido dolorosa. Lo ha sido en todos los territorios. Todos los territorios prácticamente, menos Cataluña y Euskadi, hemos sufrido esa huelga. Pero yo no me refiero al pacto escrito con la CESM, que ése sí lo conozco. Yo me refiero a si no hay pacto con otros sindicatos. Si la respuesta suya es no, pues yo tomo nota y, desde luego, me reafirmo en que lo que no está escrito no existe y que no hay pacto ni con Comisiones Obreras ni con UGT ni con Saste. Por lo tanto, este dato se lo agradezco para poder utilizarlo adecuadamente.

Dicho esto, creo que he respondido más o menos a las preguntas que usted me ha hecho y le agradezco el tono y el contenido de las mismas.

Nada más. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Amador, ¿para qué? Ya hemos terminado del debate.

La señora **AMADOR MILLAN:** Para contestar a algunas de las explicaciones que el secretario general acaba de facilitar.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Alguna cosa puntual? **(Asentimiento.)**

Tiene la palabra

La señora **AMADOR MILLAN:** Empezando por el final, yo creo que no es admisible que deduzca usted de lo que yo he dicho y de lo que usted me contesta que toma buena nota de que no hay acuerdos con Comisiones, con UGT; no es comprensible, señor Núñez. El Gobierno anterior tenía firmado un acuerdo no con Saste, Comisiones y UGT, sino con la mesa de la Función pública, que ustedes no han cumplido o no se han visto obligados a respetar. Los compromisos que hubiera entre el Insalud, el Saste, Comisiones, UGT forman parte de la obligación de un organismo como el Insalud de estar con los sindicatos en una relación permanente. Usted no puede deducir de esta comparecencia y de lo que yo haya dicho aquí, pidiéndole cuentas al Gobierno, que no hay nada escrito, que toma buena nota y que actuará en consecuencia. ¿Qué va a hacer usted, irse a los sindicatos a decirles que yo niego que hubiera algún compromiso? Esto no puede usted plantearlo así.

Con Saste, Comisiones y UGT el Insalud tendría los compromisos que tuviera de seguir avanzando en las relaciones de negociación que ha tenido permanentemente. Por tanto, señor Núñez, que el Gobierno son ustedes y nosotros la oposición, y que lo que usted vaya a hacer con Saste, Comisiones y UGT es su responsabilidad, no la nuestra. Y los compromisos del Gobierno anterior con los sindicatos en materia de retribuciones me parece que se resumen por todos en lo que va a pasar con el de la función pública y la congelación salarial. No puede ser que unos se los tomen a beneficio de inventario y deduzca usted de mis palabras que está liberado de cualquier compromiso con el Saste, UGT o Comisiones. No, señor Núñez. Eso en primer lugar.

En segundo lugar, ha dicho usted lo que yo le iba a preguntar. Si las cosas son como usted dice, ¿por qué han votado en contra de la enmienda presentada al decreto-ley? Y si usted me dice aquí que coincide el texto de nuestra enmienda con los estatutos de la fundación, ¿qué pasa, señor Núñez? Porque nosotros sí nos creímos lo que dijo el Ministro de Sanidad. Hicimos un texto alternativo que recoge esos objetivos, facilita la gestión privada con titularidad pública, con todas las garantías de lo público, y eso es lo que dice la enmienda del Grupo Socialista, que ustedes han votado en contra y han buscado el apoyo de sus socios de gobierno para que votaran en contra. ¿Quiere usted explicar a este país qué tiene ese texto que sea incompatible con los proyectos que usted tiene para las entidades públicas? Como está escrito, señor Núñez —es público—, no pueden ustedes seguir diciendo, como ya ha dicho algún representante del Grupo Parlamentario Popular que se ha encargado de difundirlo, que hay discrepancias entre lo que el grupo dice aquí o lo que digo yo y lo que hace Andalucía, porque es público y notorio que no es así. El texto que el Grupo Socialista ha presentado ante esta Cámara naturalmente que es compatible con las sociedades públicas de Andalucía —públicas—, y desde luego con el proyecto de ley del Gobierno Vasco, que es absolutamente garantista de la titularidad pública, y con otras muchas figuras. Si hay alguna que no estuviera cubierta por la legalidad vigente, pues allá quien tomó la decisión de constituirla, pero no se sienta dolido por la actitud de este grupo sin que pongamos en claro cuál es la actitud de este grupo.

¿Nuevas entidades con personalidad jurídica? Sí. ¿Con sujeción al Derecho privado? Sí. Garantizando la titularidad pública, señor Núñez, garantizando la titularidad de los recursos públicos, garantizando el régimen de responsabilidad y garantizando el acceso de los pacientes en condiciones de igualdad a esas entidades nuevas con personalidad jurídica propia. Y eso, ni más ni menos, es lo que dice nuestro texto alternativo al que el Grupo Popular y sus socios del pacto han votado en contra. Por tanto, vamos a clarificar esta cuestión de una vez por todas. No impute a mi grupo parlamentario incoherencias que no tiene, porque está escrito en esa ley. Ese es el modelo que defendemos y ustedes lo han votado en contra. ¿Cómo pueden haber votado en contra y decir usted hoy aquí que se corresponde exactamente con los principios de la fundación que van a constituir o que no hay colisión? Tendrán ustedes que ex-

plicar por qué. Pero si tiene dudas haga el favor de releer ese texto y verá cómo no se puede sentir dolido por la actitud de mi grupo, en cuyo nombre le agradezco que resalte nuestra importancia.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Muy brevemente, señor Presidente.

Señoría, creo que yo no puedo suplantar al grupo parlamentario y mucho menos a su excelente portavoz. Seguro que el portavoz del grupo parlamentario le va a aclarar con mucho interés por qué el grupo se ha posicionado en este sentido.

Yo sí le digo que no he visto un antecedente como éste ni en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña ni en el Plan de la Osakidetza ni en ninguna legislación aprobada en Andalucía. Decir que en una entidad de derecho público ha de hacerse una mención especial a las particularidades del personal, a las particularidades de la contratación, a las particularidades del control financiero, etcétera, es imposible, porque no hay ninguna ley de ordenación sanitaria que prevea esto. Una entidad de derecho público es lo que es y está sometida a la Ley General Presupuestaria y al ordenamiento jurídico del Estado. Una fundación es lo que es, señoría, y una empresa pública también. Por eso, quizá, ninguna de las leyes vigentes de los servicios de salud se parecen a su enmienda, porque parece innecesario —y en opinión del ministerio, improcedente— decir que las entidades de Derecho público deben estar sujetas en una parte al Derecho Administrativo y en otra al Derecho privado, creemos que esto es una obviedad.

Por otra parte votar su texto alternativo significaría no poder constituir fundaciones hasta que el tema estuviera resuelto. Señoría, si para constituir una fundación pública hay que esperar un año, en este país llevábamos 13 años esperando a que se pudiera constituir una fundación pública, por tanto, no podíamos esperar un año más, cuando en el resto del Estado esto no es discutible. En el resto del Estado ésta es la práctica ordinaria y entiendo que en ningún servicio de salud del Estado ni en el andaluz ni en el vasco ni en el catalán ni en el valenciano se discute que sea un servicio de salud con financiación pública. Y no apuesten por la consolidación del Sistema Nacional de Salud. ¿Por qué se le niega esta posibilidad al Ministerio de Sanidad, señoría? Esa pregunta la debe responder usted porque yo —insisto— no le encuentro explicación alguna.

Por último, señoría, créame que no es un juego parlamentario el que yo venga aquí a que se me diga si había un pacto o no con Saste, con UGT o con Comisiones Obreras; evidentemente el pacto no está escrito y yo le he dicho, como responsable del Insalud, que ese pacto no existe.

Respecto a si el complemento de productividad variable se va a repartir o no a los sindicatos, le he dicho que el tema será sometido a la mesa sectorial de sanidad, dado que no hay pacto, a pesar de que ellos dicen que sí hay

compromiso de la anterior Administración. Este es el contexto en el que yo me he expresado.

No es mi estilo, señoría, intentar sacar información, porque le habría preguntado a usted por teléfono si había algún tipo de compromiso y habríamos acabado este problema. Yo sé que los compromisos en la Administración se protocolizan y el principio de escritura en el Derecho Administrativo es fundamental y si no hay pacto, no está escrito y si no está escrito, no hay compromiso.

El señor **PRESIDENTE**: Terminada la comparecencia del Secretario General de Asistencia Sanitaria y agradeciéndole su primera comparecencia en esta Comisión, pasamos al tercer punto del orden del día.

— **DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (GUTIERREZ FUENTES), A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000343.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos el orden del día con la comparecencia del Director General del Instituto de Salud Carlos III, comparecencia también solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Damos la bienvenida a don José Antonio Gutiérrez por su primera comparecencia en esta Comisión, a la vez que le pedimos excusas por la larga espera a la que le hemos sometido.

Sin más preámbulos, doy la palabra a doña Blanca García Manzanares, en nombre del Grupo Socialista.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Mi grupo se une a la bienvenida que el Presidente de la Comisión da al Director General del Instituto de Salud Carlos III, don José Antonio Gutiérrez y, además de darle la bienvenida en nombre de mi grupo, personalmente quiero felicitarle y darle mi pésame, que, aunque parece una contradicción, lo va a entender muy bien. Le felicito por su nombramiento, porque es usted un científico que viene trabajando en esa prestigiosa institución de investigación que es el Instituto de Salud Carlos III y supongo que llegar a dirigirlo debe ser un motivo de satisfacción, pero dirigirlo con el presupuesto que a usted le han asignado no es precisamente, entiendo yo, una gran alegría, y va a entender enseguida por qué también le doy mi más sincero pésame.

En la descripción del programa 542.H, programa de investigación sanitaria del instituto que usted dirige, se inicia esa descripción con un párrafo espléndido, que por cierto no solamente comparto sino que lo he oído, como usted, en alguna reunión científica de no hace mucho tiempo; ambos conocemos a su autor. **(El señor Vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)** Resaltaré sólo una frase que creo que es fundamental para centrar los presupuestos que hoy nos ocupan. Esa frase dice: el cultivo de la ciencia es fundamental para garantizar el progreso de los pueblos. Pues bien, señorías, parece que a este cultivo se le avecina

una fuerte sequía, o, para ser más acordes con el tiempo y con las cifras, una fuerte congelación.

Iré directamente a las preguntas para compensarle de la larga espera, y trataré de ser lo más breve posible.

En primer lugar, quiero recordar a SS. SS. cómo las ayudas a la investigación que viene financiando el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del FISS, en este caso también integrados dentro del Instituto de Salud Carlos III, se engloban en tres grandes grupos, por decirlo resumidamente.

Uno sería programas de promoción a la investigación, otro es el programa de formación y perfeccionamiento de personal con distintas becas, un tercero de acciones especiales para facilitar la difusión de la actividad científica, con becas también.

Mi primera pregunta, señor director general, mi primera gran duda es que las ayudas correspondientes a los programas 2 y 3 que he mencionado, es decir, becas para la formación y perfeccionamiento del personal y becas o reuniones científicas para facilitar la difusión de la actividad científica, todavía no han sido convocadas cuando su primer plazo de presentación habitualmente finaliza en octubre para que puedan ser disfrutadas a partir de enero. De ahí, la gran duda que se despierta, ¿van a ser suprimidas estas becas? Espero que no. ¿Qué ha ocurrido para que no las hayan convocado todavía? ¿A qué ha sido debido el retraso? ¿Van a dar otros plazos? Esa sería mi primera pregunta.

En segundo lugar, otra cuestión que me plantea dudas. En el presupuesto del Instituto de Salud Carlos III, que nos presenta para 1997 (empezaré por lo positivo), hay una partida que en nuestra opinión, por los datos que tenemos, sobra. Es la partida 482 que se refiere a becas de investigación mediante convocatoria y adjudicación por el Instituto de Salud Carlos III. Usted sabe que estas becas a las que se refiere fueron asumidas a partir de 1996 por el presupuesto del FISS directamente; por tanto entendemos que la partida que se señala es excesiva para los becarios de tercer curso del Instituto de Salud Carlos III, que quedarían de la convocatoria de 1995. Mi duda, la pregunta que le formulo es si es que es un error porque se ha traspuesto tal cual el presupuesto inicial de 1996, donde sí figuraba esta partida que, posteriormente, fue directamente absorbida por el FISS, si se trata de un error, o si, a pesar que sólo cubriría, según los datos que tenemos, a los becarios de tercer año, el sobrante lo destinarían a otras nuevas becas y, en ese caso, cuáles serían, dónde están presupuestadas, etcétera.

Quiero señalar también que de la descripción de los programas que hace el programa 542.H, estamos en el de investigación, no en el de formación, en actividades se señalan becas de iniciación cuando usted sabe muy bien que no se convocan desde hace cuatro años. Y lo mismo ocurre con las becas para formación y perfeccionamiento de personal sanitario en Iberoamérica. Estas becas para el perfeccionamiento de personal sanitario en Iberoamérica se transfirieron a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional y se gestionan directamente por el CIF, el Centro Iberoamericano de Formación dependiente del ICI, como muy bien sabe. Por lo tanto vuelvo a insistir:

¿se trata de un error que está ahí porque históricamente estuvieron ahí —la matriz para hacer los presupuestos la ha debido poner alguna persona que tenía prisa, sin contrastar con la realidad de 1997— o de lo contrario se van a convocar otra vez estas ayudas? En todo caso, se trata de becas que nos parece que, por lo menos las de iniciación, si no se han convocado en cuatro años van a ser nuevas. Quisiéramos saber en qué consistirían y por qué están contempladas aquí las otras becas de Iberoamérica, cuando, a mi entender, están transferidas a través de otras partidas.

En la descripción de objetivos figura el punto 1, que dice ordenar y fomentar la investigación y desarrollo en salud para España. En 1995 aparecen 10 proyectos financiados y, sin embargo, se realizaron más de 1.400. Es verdad que fueron 10, correspondientes a los proyectos del SAT, el síndrome de aceite tóxico, si no recuerdo mal. Puede ser un error, puede que se haya confundido esa descripción de proyectos y que se refieran exclusivamente a los del SAT. Si no es así, donde dice 10 proyectos evidentemente debería decir 1.400.

Estos errores se repiten también, lamentable e incomprensiblemente en mi opinión, en ese capítulo de objetivos. Y digo errores porque quiero creer —me parece que debe ser así— que no es un olvido consciente; olvido consciente que quizá justificaría cómo a partir de 1996 es cuando se empieza a hacer algo porque anteriormente no se hacía nada. Espero que sea un error y no un olvido consciente.

Igualmente, cuando el punto 6 del primer objetivo dice becas al Instituto de Salud Carlos III, no aparece ninguna en 1995 ni en 1996, que es en el que estamos. ¿Esto quiere decir que no hay ninguna? Según mis datos —y seguramente en los suyos, señor Gutiérrez—, figuran 60, las mismas que están presupuestadas para el año 1997. ¿Pero por qué han desaparecido? Espero una explicación a esta duda.

En el apartado 4 de los objetivos, tampoco aparece ninguna relación sobre que se hubieran realizado informes en 1995. El año 1995 parece extrañamente gafado. La oleoteca activa existía en 1995 e igualmente la seroteca activa y las reuniones de coordinación y de prospectiva. Todas ellas existían. Si pretenden presentarnos unos presupuestos exclusivamente referidos a 1996-97, a mí me parece muy bien, pero entonces no pongan nada de 1995. Si aparece 1995 unas veces con datos y otras sin ellos, altera bastante el conocimiento de la evolución del presupuesto del instituto y, sobre todo, sorprende que haya tan graves errores.

Lo mismo ocurre con los indicadores del punto 4. Los informes de evaluación de difusión limitada, y los informes de evaluación para publicaciones, ¿existían o no en 1995? Usted, que ha sido un trabajador de la Casa, probablemente por la acumulación de trabajo que todo cargo nuevo lleva, no ha podido revisar desde sus conocimientos la confección de este presupuesto, pero le ruego que nos lo aclare. Son los mismos indicadores, ausentes en el año 1995, del apartado 5. Curiosamente, además, el punto 7 del apartado 5, se refiere a proyectos de entrenamiento, que sabe que se vienen realizando exactamente desde 1987, con programas de entrenamiento en metodología de la investigación clínica, y desde 1995 con programas de entre-

namiento en epidemiología aplicada, cuestiones bien importantes como para que no aparezcan en una memoria presupuestaria.

En el apartado número 8 también vuelve a haber, en mi opinión, una grave ausencia, pues no hay datos sobre los proyectos de investigación aprobados, siendo el Centro de Microbiología uno de los centros que más investigan en su campo y de los de mayor producción científica que existen en España.

Usted sabe que esto ha sido reconocido por el profesor Ayala y el editor de la revista *Science*. No es porque antes lo hubiera hecho un grupo parlamentario o un gobierno y ahora otro, sino porque esto es algo importante para el nivel de investigación en España y parece relevante que se completen todas estas ausencias que espero no hayan sido conscientes olvidos, sino ausencias debidas a errores ajenos a su voluntad. Aunque también he de decirle que me sorprende un poco porque como ya es tan habitual que cada cosa que nos presentan lo hacen sobre la herencia recibida, qué casualidad que las herencias buenas se olvidan. En fin, espero que nos aclare estas ausencias en la respuesta que espero de usted.

Otra de las cuestiones que quiero plantearle es la siguiente: por qué en el presupuesto del Instituto de Salud Carlos III no aparecen las transferencias que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene previstas para el FISS, porque están en ese ministerio; de la misma manera que aparece otra partida de transferencias de la Tesorería de la Seguridad Social, pero por qué no aparecen aquí como aparecían en otras ocasiones.

A propósito de estas transferencias tanto del ministerio como de la Tesorería de la Seguridad Social para el FISS, se venían haciendo directamente del Insalud o de la Tesorería de la Seguridad Social, pero la integración del FISS en el Instituto de Salud Carlos III nos preocupa que quizá no sea la vía más ágil para que los fondos lleguen a los destinatarios a lo largo de 1997, no que no vayan a llegar sino que nos da la impresión de que esta nueva organización, organigrama u ordenación del servicio que han hecho puede entorpecer esta llegada de fondos, fondos de los que no está muy sobrado el Instituto de Salud Carlos III.

Finalmente, quiero recordarle al Director General del Instituto, señor Gutiérrez, que una de las últimas actuaciones de la Comisión de Sanidad y Consumo de la anterior legislatura fue la aprobación de un informe de la Ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico que seguramente conocerá. En sus recomendaciones —propuestas son de obligado cumplimiento para el Gobierno porque son propuestas aprobadas también por los votos del Grupo Parlamentario Popular—, había un capítulo de medidas en investigación y una de ellas instaba a constituir una entidad técnico-administrativa por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo que asegure un nivel suficiente de coordinación entre el grupo directivo de investigación, evidentemente el Instituto de Salud Carlos III, y las estructuras sanitarias que llevan a cabo el seguimiento de los afectados por el síndrome tóxico.

No veo en los presupuestos ninguna previsión para hacer frente al cumplimiento de estas recomendaciones apro-

badas. ¿Tienen ustedes alguna previsión; dónde estaría? Habida cuenta de que rastreando los presupuestos además del presupuesto específico del Carlos III se van encontrando partidas en otros lugares del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo que vamos recogiendo, sin embargo, ésta no la he encontrado y si no existe me gustaría hicieran un pequeño esfuerzo de localizar alguna de donde la hubiere porque parece necesaria.

En el análisis comparativo que he hecho del presupuesto 1996-1997, el crecimiento es cero, de ahí que ese cultivo de la ciencia se vaya a congelar. Sin embargo, no he visto reducidos los niveles 30 dentro del Instituto; había siete subdirecciones generales y siguen existiendo. A nosotros no nos preocupa especialmente, pero como uno de los grandes anuncios de toda la campaña ha sido el de traer esos fondos, que eran innecesarios y estériles, a otras partidas más necesitadas, habida cuenta de que el crecimiento es cero, no tengo ningún interés en que supriman a nadie, pero sin duda podrá darnos alguna explicación de por qué no se ha reducido ningún nivel 30. ¿Es que no sobraba ninguno, como yo pienso?

Nada más de momento. Muchísimas gracias, señor Gutiérrez. Si usted me lo explica estoy dispuesto a tomar buena nota de todas esas dudas, que espero se me despejen, además de desearle que tenga mucho éxito.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Para contestar a la representante del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Director General del Instituto de Salud Carlos III. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Gutiérrez Fuentes): Señorías, se me ha vertido un buen número de preguntas, curiosamente casi todas ellas alrededor de un tema concreto, el de la financiación de la investigación. No voy a entrar directamente en la respuesta de estas preguntas sin antes —porque creo que es bueno— tratar de resumir un poquito, tratar de llevar a su conciencia lo que está llamado a ser el Instituto de Salud Carlos III.

El Instituto de Salud Carlos III es creado por la Ley General de Sanidad, en 1986, promovida por el Grupo Parlamentario Socialista, y creo sinceramente que es uno de los grandes aciertos de la misma. Por razones que quizá sería muy arduo o prolijo de comentar, desde 1986 hasta la fecha, el Instituto de Salud Carlos III —pienso— no ha alcanzado a cubrir las expectativas o las necesidades para las cuales fue creado, y esto por una serie de circunstancias amplias, que podíamos debatir también ampliamente, y que tiene mucho que ver con los presupuestos. Nunca me atreveré a decir que los presupuestos para el año que viene son unos presupuestos suficientes ni que son los presupuestos con los que nos sentimos cómodos, ni mucho menos.

En el campo concreto de la investigación, y si nos ceñimos a los presupuestos para el FIS, hay dos programas, 227.12 y 13, que ciertamente no crecen, permanecen exactamente iguales; sin embargo, en el 227.11 se hace un es-

fuerzo de crecimiento de un 10,7 por ciento. ¿Es suficiente? Creo que no. Sinceramente pienso que el Estado hace un esfuerzo para financiar la investigación que yo considero insuficiente. Es más, este esfuerzo no cubre lo que la propia Ley General de Sanidad prevé en cuanto a ese 1 por ciento del gasto sanitario. Por tanto, no puedo decir que es suficiente pero va a crecer con respecto al del año pasado.

No quiero seguir hablando en exclusiva del FIS, del Fondo de Investigaciones Sanitarias, sin recordar que el Instituto Carlos III es algo más complejo que el FIS. De hecho, el FIS se incorpora como tal al Instituto Carlos III en la nueva reestructuración recientemente aprobada. Por el contrario, el Instituto Carlos III tiene y alberga una serie de centros y de funciones de muy diferente cualidad, empezando por las funciones de formación, cubiertas a través de la Escuela Nacional de Sanidad y presupuestadas en el programa 121.C, que tampoco son lo que nosotros quisiéramos desde el punto de vista presupuestario y esperamos que en el futuro puedan ser mayores los presupuestos que se dediquen a estas actividades.

Entrando en el tema presupuestario desde otros aspectos, porque yo creo que también es presupuesto, hemos de decir que en el momento actual en el Instituto de Salud Carlos III, y a través de la reestructuración a que me acabo de referir, se han creado estructuras para tratar de mejorar esa financiación por vías ajenas a la presupuestación pública. Nosotros, como instituto que produce servicios, como organismo autónomo comercial, creemos que debemos ahondar en la posibilidad de aliviar al erario público (la palabra correcta no es aliviar porque sería como admitir que estamos dispuestos a que disminuya) del crecimiento del gasto en los conceptos que competen al Instituto de Salud Carlos III, recurriendo a otras fórmulas, que están en la mente de todos, como la comercialización de los servicios de muy diferente índole que el Instituto de Salud Carlos III facilita no sólo al Sistema Nacional de Salud sino a la sociedad. De manera que en el Instituto de Salud Carlos III hay una Escuela Nacional de Sanidad que, insisto, se presupuesta en un programa aparte, que es el 121.C, y que puedo adelantar que su monto total se eleva a 761 millones 401.000 pesetas.

El resto de la actividad del instituto, que sigue siendo muy abigarrada, muy compleja, y que engloba a centros muy diferentes que me voy a permitir recordar rápidamente, está integrado por el Centro Nacional de Epidemiología y el Centro Nacional de Investigaciones Sanitarias, el Fondo de Investigaciones Sanitarias, al que ya nos hemos referido antes, el Centro de Investigación del Síndrome del Aceite Tóxico —luego comentaremos en respuesta al planteamiento que hacía S. S. algo al respecto—, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el Centro Nacional de Farmacobiología, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, el Centro Nacional de Microbiología, el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, el Centro Nacional de Biología Fundamental y un hospital, el Centro Nacional de Investigaciones Clínicas. A esto hay que añadir una secretaría técnica, que acaba de ser creada precisamente para tratar de mejorar las relaciones hacia afuera del

propio instituto, para tratar de mejorar en lo posible la relación intramuros desde el punto de vista de la investigación y para que se encargue de la coordinación de la red de unidades de investigación, que creo que es un logro importante que no podemos dejar de estimular. Aún más, tenemos una secretaría general que se encarga de la administración y gestión de todo el Instituto de Salud Carlos III. En total tenemos, como bien decía S. S., siete subdirecciones generales, dos menos de las que había antes de la reciente reestructuración. Por tanto, sí es cierto que hemos suprimido dos subdirecciones generales con respecto al organigrama del Instituto vigente hasta el 2 de agosto del presente año.

Entrando en el detalle de alguno de los planteamientos que me hacía, la primera cuestión se refería a las becas de ampliación de estudios y al retraso en la publicación de la convocatoria de las mismas en el «Boletín Oficial del Estado». Para tranquilidad de S. S. le diré que de ninguna manera hemos pensado en suprimir las becas de ampliación de estudios y que, por el contrario, si no me equivoco hoy mismo ha sido firmada la convocatoria por el señor Ministro y estará publicada en el «Boletín Oficial del Estado» en breves fechas. ¿Por qué el retraso? Muy sencillo. Porque usted bien sabe que en fechas recientes, a partir del 2 de septiembre que es cuando entra en vigor la nueva reestructuración, ha habido un reacomodo respecto al FIS, desde el punto de vista de manejo del propio FIS, que ha condicionado este retraso y que lamentamos. Aun así quiero llevar a su espíritu la tranquilidad de que estas becas van a ser inmediatamente publicadas en el «Boletín Oficial del Estado».

Respecto a las becas del Instituto de Salud Carlos III, que convoca el propio instituto con cargo a sus presupuestos, nada tienen que ver con el FIS y creemos que deben seguir existiendo. No sé si a usted le parece excesiva la cantidad que se dedica a estas becas, que es exactamente de 36 millones de pesetas. Sinceramente creemos que el problema está en que las becas redunden en una buena formación de los profesionales que acceden a ellas y ojalá pudiéramos dedicar más fondos a este tipo de ayudas.

En cuanto a los conceptos de las becas para Iberoamérica, tiene usted razón en lo que decía, pero verá cuando se publique la nueva convocatoria que está a punto de salir en el «Boletín Oficial del Estado», cómo esto ya no va a figurar con este concepto. De manera que quiero trasladar también a S. S. la tranquilidad en este sentido.

Hay unas becas que se convocan a través del FIS que también se llaman becas del Instituto de Salud Carlos III. No recuerdo el número de ellas, pero también salen en esta próxima convocatoria. Creo poder asegurarle que no van a disminuir del número de becas que se publicaban en años anteriores.

Me parece importante lo que comenta respecto al problema del síndrome del aceite tóxico. No voy a plantear aquí la conveniencia o no, desde un punto de vista estrictamente científico, de continuar el seguimiento del síndrome del aceite tóxico porque no es éste el foro ni creo que sea el momento, pero me consta que hay un mandamiento parlamentario para continuar con ello e incluso para poder

gestionar mejor una estructura a la que usted se refería antes. En ese sentido, y en la reciente reestructuración del Instituto de Salud Carlos III, se acaba de crear el Centro de Investigación del Síndrome del Aceite Tóxico, que en este momento está dotado de personal y cuyo gasto, que también figuraba entre sus preguntas, se seguirá cubriendo, como en anteriores años, con cargo a presupuestos del FIS. Podemos decir que es una estimación presupuestaria por cuanto los presupuestos para el FIS se hacen en base a proyectos de investigación, que siempre son variables tanto en su cuantía como en su número. Eso por una parte y, por otra, se hacen en base a unos gastos de gestión y contratos en los que participan el CDC de Atlanta y la Organización Mundial de la Salud. Le decía que los gastos presupuestados para el próximo año con respecto al FIS esperamos que estén alrededor de los 150 millones de pesetas, que en ningún caso es un montante inferior al del año pasado.

El Centro Nacional de Microbiología. Creo que si en el Instituto de Salud Carlos III —y debo decirlo así porque es verdad— hay centros prestigiados, internacionalmente prestigiados, uno de ellos es el Centro Nacional de Microbiología, como usted bien decía. Eso es herencia recibida, estamos orgullosos de esa herencia y vamos a hacer todo lo posible no sólo por mantenerla sino por mejorarla. Todo el mundo ha oído hablar del Centro Nacional de Microbiología en los días recientes. Le puedo garantizar que el Centro Nacional de Microbiología responde y está capacitado para responder ante cualquier emergencia microbacteriológica o epidemiológica que se pueda presentar en el país si es requerido para ello, y creo que el Sistema Nacional de Salud debe estar orgulloso de tener en el Instituto de Salud Carlos III un Centro Nacional de Microbiología como el que tiene. ¿Que en el planteamiento de objetivos del programa 542.H no hemos descrito o pormenorizado suficientemente las actividades del centro? Pues entono el *mea culpa*, pero si tuviéramos que hacer lo mismo con cada uno de los doce centros que alberga el Carlos III, probablemente llenaríamos varios libros, por lo menos muchas páginas, planteando los objetivos o las justificaciones para el presupuesto del Instituto de Salud Carlos III.

Yo no creo que haya que preocuparse por que la reubicación del FIS en el Carlos III vaya a entorpecer o restar agilidad a la llegada de las ayudas a los investigadores. Creo que no hay que preocuparse por ello. Le diré más. No sólo creo que seremos capaces de poner los mecanismos para que eso no suceda —entre otras cosas van a ser prácticamente los que había porque, de hecho, lo que se hace es una trasposición, prácticamente con las mismas personas, todas ellas de altísima cualificación por cierto—, sino que vamos a intentar que esa agilización en la tramitación de las ayudas no se convierta sólo en un aspecto cualitativo desde el punto de vista de esa agilidad, sino también en un aspecto cuantitativo, y estamos estudiando fórmulas para poder acrecentar los fondos del FIS, si es posible sin cargo al erario público. Creo que a nadie se le escapa que hay posibilidades imaginativas —ya veremos si fáciles o no, no estoy queriendo decir ni mucho menos que lo sean— de dar participación en esos fondos, de una manera u otra, a la propia industria farmacéutica, quizás a la industria de la

alimentación, por qué no —el FIS también investiga en estas cosas—, a industrias relacionadas con el medio ambiente, por qué no, o a entidades financieras que puedan aunar recursos para el FIS, quizás a través de la creación de una fundación. Es decir, no nos conformamos con que el FIS tenga un presupuesto que consideramos escaso. ¿El crecimiento del presupuesto es cero? Pues probablemente sea cero. En los aspectos que más preocupaban a S. S. —al menos así lo traduzco a través de las preguntas—, que son los relacionados con el FIS, hay algún crecimiento, no es el que queremos pero hay algún crecimiento y esperamos, insisto, con fórmulas imaginativas y quizá con unos presupuestos más cómodos en futuros años, poder ir haciendo crecer estos presupuestos, no sólo para el FIS sino para el Carlos III.

Quiero recordar que el Carlos III —quizá no haga falta y a lo mejor hasta tiro piedras contra mi tejado— es un instituto tecnológico, y como tal instituto tecnológico necesita estar al día. Para ello, o para permanecer al día al menos, necesitamos un esfuerzo importante, lo vamos a hacer, lo estamos intentando hacer y estamos planteando el estudio de un plan estratégico que nos permita llegar a alcanzar estos objetivos a que me estoy refiriendo. De momento ¿qué hemos hecho? De momento hemos acometido una reestructuración en el instituto que ha supuesto la creación de algún centro nuevo, como es el Centro Nacional de Información Sanitaria, la supresión de otros órganos y subdirecciones, el cambio de denominación de algunos y la creación de la secretaría técnica que, insisto, tiene el objetivo de mejorar las relaciones, de facilitar la gestión de la investigación dentro de la casa y hacia fuera de la casa y velar por la continuidad y la potenciación de las unidades de investigación clínica de los hospitales, las llamadas Reuni.

Tenemos un presupuesto que no es el que desearíamos, yo creo que nadie lo tiene. Esto no es nuevo. No es que este año sea un presupuesto insuficiente. Yo creo que cualquiera que se sienta a dirigir un organismo público o no público considera el presupuesto limitado e insuficiente. Pero vamos a hacer lo posible por que el presupuesto pueda ser mejor en sucesivos años y, desde luego, en lugar de lamentarnos de que el presupuesto no nos llega vamos a tratar de buscar fórmulas para acrecentarlo hasta donde podamos.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Quiero dar las gracias a don José Antonio Gutiérrez, Director General del Instituto de Salud Carlos III, por su exposición y por sus aclaraciones.

Al hilo de lo que me ha ido diciendo, le quiero manifestar que yo no trato de que sea un lamento solamente por el hecho de que el presupuesto sea insuficiente. Soy consciente de que, no sólo ahora sino siempre, si la investigación no ha avanzado más en nuestro país es porque desgraciadamente quizá no ha habido una presupuestación suficiente. En teoría ése es el gran deseo de todos, no sola-

mente de todos los científicos sino de todos los que estamos empeñados en que avance, en este caso evidentemente, la sanidad y sólo avanza desde la investigación y desde una buena formación. En esto estoy completamente de acuerdo con usted. A mí me alegra que no esté usted satisfecho y que asuma la dirección del centro con la idea muy clara de que no le gustan estos presupuestos y que va a pelear para que en el próximo futuro sean mayores.

Es verdad que yo le he preguntado casi exclusivamente por la financiación de la investigación. ¡Claro, por razones obvias! Estamos tratando quizá uno de los temas más importantes, en un foro como es el del debate de los presupuestos, y he creído que debía hacerlo más que entrar en los programas de formación sobre los que nada tendría que decir, sino que lamento que no crezcan nada y que no haya más programas de formación, exactamente igual que lo ha dicho usted.

Hay una idea muy interesante que ha planteado, pero junto a ser una idea muy interesante, como últimamente llueve mucho sobre mojado y también ha dicho una palabra mágica, yo le voy a pedir que me aclare un poco por qué. Como cosas interesantes plantea algunas vías para financiación. Sin duda. Estamos hablando de un organismo autónomo de gran prestigio. Estamos hablando de un centro de prestigio internacional, de grandes profesionales que pueden hacer estudios para otros, investigaciones para otros, es decir, servicios a terceros que se pueden comercializar y cobrar por ellos. Si no he entendido mal ésta es su idea, loable idea, ¡cómo no! Como es un organismo autónomo tendría capacidad para hacerlo. ¿Por qué esa palabra mágica que de verdad nos despierta? Si hubiera aquí alguien con un pequeño sopor, dada la hora que es, seguro que se ha despertado. La palabra mágica es la de «fundación». ¿Otra más? ¿Para qué? Una fundación de interés público, privado, de no sé qué. Señorías, tenemos el Instituto de Salud Carlos III que es un organismo autónomo con plenas competencias para la investigación y con una red de profesionales extraordinariamente bien preparados. ¡Pues ya está! Puede funcionar como organismo autónomo. Se me alerta el semáforo. Se me pone en ámbar cuando oigo una vez más esta palabra que no creo que fuera necesaria. Espero, no obstante, que S. S., si tiene madura la idea, me la explique un poco más y a lo mejor me convence, pero ya le digo que mi predisposición es a no dejarme convencer.

También quería decirle que me alegra que en el Instituto Carlos III se haya constituido el Centro de Investigación del SAT, porque, efectivamente, es una recomendación de la ponencia. Bienvenido el que se empiece a hacer caso de las recomendaciones del Parlamento, aunque tenga poquito presupuesto. Si me permite una pequeña corrección, señor director general, usted ha dicho que no iba a abundar más en esta cuestión porque no era éste el foro ni el momento. El momento evidentemente no lo es, porque estamos hablando de presupuestos, pero el foro sí. Tenga por seguro que le volveremos a llamar de aquí a unos meses. Le daremos un tiempo suficiente para que ponga en funcionamiento y desarrolle un poco más este centro de investigación, pero como somos integrantes de la Comisión

de Sanidad y Consumo, que además aprobamos esta ponencia, volveremos a llamarle. Por tanto, alerta al trabajo que va a hacer ese centro porque sin duda éste va a ser el foro donde va a rendir cuentas su señoría.

Finalmente, hablando del Centro Nacional de Microbiología, estoy de acuerdo con usted en que es de internacional prestigio, y si se reconoce como herencia recibida voy a decirle que no es una obra de un partido político sino la obra, quiero reconocerlo, de los grandes profesionales que, además de la intención política de quien lo puso en marcha, son los que le han dado prestigio. Vaya desde aquí mi felicitación a todos los profesionales del Instituto de Salud Carlos III que, con medios tan limitados, han conseguido este nivel de reconocimiento. Ha comentado S. S. que tienen tal nivel que pueden resolver cualquier emergencia si se les requiere. Mi pregunta es: ¿Les ha requerido a ustedes la Comunidad Autónoma de Madrid, ante la reciente desgracia de la epidemia de *legionella* desatada en el mes de agosto y que parece que hasta la semana pasada no ha habido manera de saber de qué se trataba? A mí me parecería razonable que se hubiera hecho así. No lo he oído. A lo mejor es que han trabajado con gran discreción. Le hago esta pregunta sin ningún ánimo de crítica y sí con el interés que merece un tema tan escabroso y tan desgraciado.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el Director General del Instituto de Salud Carlos III.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Gutiérrez Fuentes): Voy a empezar por lo último para no dejar mal sabor de boca al final por aquello de lo escabroso.

El Centro Nacional de Microbiología es una parte integrante del Centro Nacional de Salud Carlos III. El Centro Nacional de Salud Carlos III está para dar apoyo científico-técnico al Sistema Nacional de Salud, que es un sistema descentralizado y lo va a ser totalmente en un futuro próximo. Hay algunas competencias que, incluso en las comunidades digamos Insalud, han sido transferidas, como son las competencias en salud pública. En Alcalá de Henares, por desgracia, ha habido un brote epidémico (me gusta hablar de ello porque soy médico) que por sus características clínicas los pacientes que ingresan en el hospital son pacientes con neumonía. Y no con cualquier tipo de neumonía; es una neumonía que responde a un determinado tipo de tratamiento, al tratamiento con eritromicina. No responde a otros tratamientos antibióticos, y eso, para un clínico, limita mucho las posibilidades. Es decir, cuando empieza a generarse el problema y empiezan a ingresar enfermos con características clínicas de neumonía no piógena, que responde bien a eritromicina, las posibilidades son muy escasas. Si a eso se añade una pequeña visión, no hace falta que sea una gran visión, en principio, de una agrupación de enfermos de un determinado distrito, de una determinada zona de Alcalá de Henares, eso limita aún más la posible causa. Si unos días después, cuando se requiere al Centro Nacional de Microbiología para que intervenga y se empiezan a enviar sueros de estos pacientes, se

observa una seroprevalencia en esta población de enfermos muy superior a la de la población habitual, por decirlo así, hay que pensar que se está más próximo a un diagnóstico determinado. Si después, desde la Comunidad Autónoma de Madrid, se envían una serie de muestras de aguas a Alcalá de Henares en las cuales crece abundantemente una determinada bacteria, la sospecha diagnóstica empieza a ser importante, tanto que a partir de ese momento es inexcusable el iniciar una actuación sanitaria al respecto. Es decir, no se puede demorar la actuación sanitaria, desde el punto de vista de tratar de acotar la situación, hasta tener el cien por cien de seguridad, porque esto en biología es, como S. S. sabe, prácticamente imposible. En un caso como del que estamos hablando, para llegar a ese cien por cien o, por lo menos, a una aproximación muy importante, debemos dejar pasar tiempo. ¿Por qué? Porque los datos relevantes para fundamentar la sospecha, y yo diría que la sospecha está ahora mismo en un porcentaje de fiabilidad de un 99,5 por ciento, se basan, en primer lugar, en la serología, y ésta actualmente deja poco lugar a dudas; no recuerdo cifras exactas pero debe de haber aproximadamente un 30 por ciento de seropositivos entre los enfermos ingresados frente a un 3 por ciento en la población que habitualmente estudia el Centro Nacional de Microbiología a través de un laboratorio que analiza *legionellas* permanentemente y que puede tener un 3 por ciento con muestras sospechosas. De manera que serológicamente creo que hay pocas dudas.

Por si eso fuera poco, a fecha de hoy tenemos 8 aislamientos de *legionellas* en muestras de secreciones de pacientes que han estado ingresados por este motivo. Para que usted se haga una idea, a lo mejor ya la tiene, en el famoso brote de Filadelfia el número de aislamientos no superó los 3 ó 4; nosotros tenemos 8. Esto lo único que hace es avalar la fiabilidad del Centro Nacional de Microbiología. Evidentemente, nosotros acudimos a esta cita porque nos llamó el Insalud y la Comunidad Autónoma de Madrid; evidentemente.

Respecto al Centro de Investigación del Síndrome del Aceite Tóxico, me dice que me volverá a llamar. Yo volveré cuantas veces se me llame, no le quepa a usted le menor duda. Y tampoco desconfíe de que haremos todo lo posible en el sentido de realizar el mejor seguimiento posible de esta cohorte de afectados que bastante desgracia tiene con haber padecido este problema.

Ha hablado de los escasos presupuestos, las operaciones comerciales y el organismo autónomo. Si quiere, luego también hablamos de la fundación. Le puedo decir que, en el ejercicio 1995, el Instituto de Salud Carlos III se financió a través de presupuestos en un 96 por ciento, siendo un instituto —y quiero poner énfasis en ello— que, además de investigar —aunque figure en el programa 542.H—, fundamentalmente produce servicios para la sociedad y servicios para el Sistema Nacional de Salud. A pesar de eso, dependimos de presupuestos en un 96 por ciento. Como referencia, le puedo citar el Centro Superior de Investigaciones Científicas, que es una OPI, un organismo autónomo comercial —igual que nosotros—, pero que prácticamente se dedica en su totalidad a la investigación en sus diferen-

tes variantes, y que sólo dependió de presupuestos en un 63 por ciento. Es decir, fue capaz de generar un 37 por ciento de su financiación y nosotros aspiramos a podernos aproximar a esas cifras. ¿A través de una fundación? Bueno, ¿por qué no? Usted dice que aquí hay muchas fundaciones. En otros países hay muchas más, y funcionan francamente bien. Yo no he dicho que vayamos a ser una fundación; digo que es una posibilidad. De hecho, de cara al plan estratégico que nos estamos planteando, la primera pregunta es: ¿Estamos sacando suficiente fruto de ser un organismo autónomo? Pregunta que usted misma hacía y que nosotros también nos hacemos. Antes, tenemos que decidir si debemos ser una fundación, o si debe haber una fundación en la escuela —¿por qué no?—, o si debe haberla sólo en el FIS —¿por qué no?—, o si todo el instituto tiene que ser una fundación. Yo no digo que vaya a ser; digo que es una fórmula a la que me niego a cerrarme simplemente porque se considere que una fundación es un desdoro. Yo creo que no es ningún desdoro.

Usted misma ha dicho —y voy de atrás a adelante— que el instituto tiene un gran prestigio. Yo creo que sí, tiene un grandísimo prestigio; pero el Instituto de Salud Carlos III es un gran desconocido. No sólo es un gran desconocido para la ciudadanía, que ya es lamentable que así sea; lo es, incluso, dentro del sector sanitario. A mí me felicitan ahora en el hospital, cuando me ven, alguna vez que voy a visitarles. Por cierto, yo nunca he estado en el Instituto Carlos III. Lo dirijo desde el 20 de mayo, pero yo no vengo de allí. He hecho toda mi vida profesional en el Hospital Clínico de San Carlos —se llama Carlos también, pero es otro Carlos (**Risas.**)—, nunca estuve en el Instituto Carlos III, y estoy orgulloso de estar en él y de tener la misión que el señor ministro ha tenido a bien encomendarme. Y una de las cosas que pretendemos es que el Instituto de Salud Carlos III deje de ser ese gran desconocido, no sólo para el Sistema Nacional de Salud —que yo creo que está llamado a jugar un papel importante dentro del concepto del Sistema Nacional de Salud—, sino, incluso, dentro del ámbito sanitario general. Esperamos poder llegar a muchos convenios, a muchos acuerdos, a ofertar nuestros servicios y que sean, primero, conocidos y, después, reconocidos, no sólo por su cualidad, por su calidad y por su garantía, y ofertárselos a todo el Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente, a través del consejo interterritorial, que está llamado a jugar también el papel que todos sabemos en el futuro del Sistema Nacional de Salud.

De manera que ¿insatisfecho? No; estoy muy satisfecho, porque me toca sacar adelante algo muy bonito, algo en lo que creo, algo que existe en otros países con sistemas de salud descentralizados y funciona y tiene gran crédito. Nuestro Instituto de Salud Carlos III funciona, va a tener mucho más crédito del que tiene y, si es posible, le va a costar menos al Estado o, por lo menos, no más. Vamos a tratar de colaborar, en el sentido de aliviar la carga —yo creo que esto no es una carga— que algo como el Instituto de Salud Carlos III pueda suponer a los Presupuestos Generales del Estado, echando mano de las fórmulas que nos permita el hecho de ser un organismo autónomo comercial, o lo que seamos en el futuro.

El señor **PRESIDENTE**: Damos las gracias al Director General del Instituto de Salud Carlos III por su comparecencia, y le anunciamos que será llamado, como es habitual, por esta Comisión, a petición de cualquiera de los grupos parlamentarios. Muchas gracias, señor Gutiérrez, por su comparecencia y por su defensa del Instituto Carlos III.

— **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO (DÍAZ YUBERO). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000344.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, pasamos al último punto del orden del día, que es la comparecencia del Secretario General del Instituto Nacional de Consumo, dando la bienvenida a don Ismael Díaz Yubero, Secretario General de dicha institución.

Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Socialista, señora Montes Contreras, que ha solicitado la comparecencia del Secretario General del Instituto Nacional de Consumo.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Señor Presidente, en primer lugar, quiero dar la bienvenida, en nombre del Grupo Socialista, al señor Díaz Yubero, Secretario General del Instituto Nacional de Consumo.

Voy a intentar ser breve, señor Presidente, dada la hora que es.

El proyecto de presupuestos en materia de consumo que se nos ha presentado para el año 1997 continúa con los objetivos que, a grandes rasgos, el Partido Socialista tenía marcados en presupuestos anteriores, es decir, ordenación del consumo, fomento de la calidad y protección de los derechos de los consumidores. No podía ser de otra forma, ya que es un mandato que viene impuesto por la propia Constitución en su artículo 51.

Sin embargo, el proyecto de presupuestos que el Gobierno nos ha presentado para 1997 contiene una serie de matices que al Grupo Socialista le suscitan una serie de dudas sobre si el Gobierno, a través de estos presupuestos, va a hacer frente al objetivo de la defensa de los consumidores y cómo lo va a hacer exactamente. Por todo ello, vamos a hacer una serie de preguntas para despejar estas dudas; son concretamente seis los matices que queremos aclarar.

En primer lugar, queremos que el señor Díaz Yubero nos aclare qué importancia real da el Gobierno a la problemática del consumo; le hago esta pregunta en relación al hecho de que haya bajado la categoría de una dirección general a la de subdirección general. Nosotros hemos tenido siempre un Ministerio de Sanidad y Consumo, y ahora no sabemos si tenemos un Ministerio de Sanidad con una subdirección y exactamente en qué categoría queda el consumo. Nos gustaría saber también qué categoría tiene el director del Instituto de Consumo, ya que en el proyecto de presupuestos, para el programa 443.C, desaparece el artículo de altos cargos. Quisiéramos que nos aclarase cuál es la categoría que tiene el director del Instituto de Consumo.

La Constitución establece, en los artículos 139 y 149, que son desarrollo del artículo 51 que antes he mencionado, que los derechos de los consumidores y de los propios operadores económicos no son compatibles con tratamientos distintos ante situaciones similares. Hago esta aclaración porque queremos saber si se va a garantizar la homogeneidad del mercado interior, ya que no lo encontramos claramente como criterio en la descripción que se hace del programa 443.B, de ordenación de consumo y fomento de la calidad.

La siguiente cuestión que planteamos se refiere al programa 443.C. En la descripción de objetivos del proyecto de presupuestos para 1997 se reconoce el mandato ineludible —señalo esta palabra— del artículo 51 de la Constitución. Concretamente le podemos decir que el artículo 51.2 establece el mandato de promover la información y formación de los consumidores, y además este mandato está desarrollado por los artículos 18 y 19 de la Ley 29/1984, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. En la descripción de objetivos de este programa establecen los medios operativos, como son las publicaciones, acciones informativas, material didáctico, etcétera, para darle cumplimiento. Nuestra duda es cuál va a ser la política de información que va a seguir el Gobierno en materia de consumo, ya que en el presupuesto para el Instituto Nacional de Consumo el gasto previsto es de ocho millones de pesetas —esto viene recogido en el capítulo 2, artículo 4, programa 443.C—, frente a los veinte millones de pesetas que tenían presupuestados para 1996. Nosotros queremos saber por qué se produce esta caída del gasto en publicaciones y si realmente va a haber alguna publicación con este presupuesto, teniendo en cuenta además que el presupuesto total para esta partida de publicaciones que tiene el Ministerio de Sanidad y Consumo es de 27 millones, con lo que será difícil sacar de esta partida algo para dedicárselo al consumo.

La cuarta cuestión está relacionada con la anterior pregunta, y es la siguiente. En la descripción de actividades para atender al objetivo de información, formación y educación en materia de consumo del programa 443.C no aparecen dos actividades, que son el desarrollo de actividades de formación destinadas a las OMIC, asociaciones de consumidores y usuarios, y la elaboración de material didáctico. Sin embargo, en la descripción de objetivos indicadores de seguimiento se mantienen los mismos indicadores que en el presupuesto de 1996, elaborado por el anterior Gobierno. Por ello queremos saber si se van a hacer cursos de formación para las OMIC, para las asociaciones de consumidores y usuarios, y si se va a elaborar material didáctico y cuánto material, porque está relacionado con el presupuesto al que antes he hecho mención.

Quinta cuestión que queremos que nos aclare. El presupuesto contempla en el programa 443.C el objetivo de fomento del asociacionismo de consumidores, y para ello destina en el capítulo 4, artículo 8, concepto 2, la cantidad de 225 millones de pesetas. ¿Podrían decirnos cuáles van a ser los criterios para la adjudicación de subvenciones? ¿Qué objetivos son los que pretenden cumplir con estas subvenciones y a quién van dirigidas estas subvenciones?

En sexto y último lugar, nos gustaría conocer, dado que se establece el objetivo de impulso y consolidación del arbitraje de consumo, cuántas juntas arbitrales van a crear y dónde.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar, tiene la palabra el Secretario General del Instituto Nacional de Consumo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO** (Díaz Yubero): Ante todo quiero decirle algo que usted sabe perfectamente y es que el Director General de Consumo, que existió en las legislaturas anteriores, ha sido sustituido por un Secretario General del Instituto de Consumo, pero al frente del Instituto de Consumo sigue estando el Presidente del Instituto de Consumo, que tiene nivel de subsecretario. Con lo cual el nivel en absoluto ha disminuido, en tanto que el nivel del Presidente del Instituto es nivel de subsecretario. Quizá por esta razón es por la que el Ministerio se sigue llamando de Sanidad y Consumo. Por otra parte, también le quiero decir que la categoría del Secretario General es de subdirector o nivel 30, como seguramente usted misma ha deducido en el momento que ha visto que en los presupuestos, aparte de que el Boletín Oficial también lo ha publicado, el capítulo de altos cargos ya no está dentro del Instituto de Consumo, lo cual supone que no existe un alto cargo, sino que es simplemente un funcionario con nivel 30.

Usted me habla, en segundo lugar, de que los derechos de los consumidores no son compatibles, derechos distintos en situaciones similares. Evidentemente que sí. Pero no se le oculta a usted también que estamos en una situación no solamente española, intraterritorial, sino que tenemos una serie de compromisos con la Unión Europea. En consecuencia, el problema va más allá incluso de nuestras fronteras. El consumidor en estos momentos debe ser y es, de hecho, considerado por las legislaciones de todos los tipos, desde las comerciales, desde las de protección, etcétera, como un consumidor único dentro de la Comunidad, o al menos a eso es a lo que tiende la Comunidad. Y evidentemente estamos de acuerdo con su aseveración que, por supuesto, no es más que lo que dice la Constitución.

En cuanto a formación e información de los consumidores, tenemos preparadas una serie de medidas en el programa 443.C dirigidas a formar e informar a los consumidores. ¿Maneras de formar a los consumidores? Afortunadamente en este sentido hay algunas posibilidades superiores a las que había hasta hace relativamente poco tiempo. Entre ellas está la disponibilidad de unos medios de información muy superiores a los que en estos momentos había. Es lógico que vayamos aplicando estas nuevas posibilidades de formación e información para poder llegar a una mayor información y formación del consumidor. Pero sabe usted perfectamente que muchas de estas funciones son competencia de las comunidades autónomas, que están haciendo también su labor y que además es muy interesante. Nuestra labor fundamentalmente debe ser, además de colaborar en parte, coordinar y hacer que la formación y la in-

formación sean homogéneas, correctas y acordes con las que nos dicta la propia Comunidad Europea.

En lo que se refiere a publicaciones y cursos, es cierto que hemos bajado de 20 millones a 8 millones de pesetas. Es posible que hubiese sido más interesante poder disponer de más dinero, pero no se le oculta a usted que estamos en unos momentos de rescisión de gasto. Por este motivo es por lo que el capítulo ha bajado de 20 a 8 millones.

Lo que se piensa seguir publicando es la revista Estudios de Consumo, que es una magnífica revista que tiene un gran prestigio en la Universidad y entre los estudiosos de consumo. Esta es una revista difícil de vender, por la que se adquieren muy pocos ingresos, pero es una revista de un gran nivel técnico y con una tradición muy importante.

Por otra parte, hay una línea que viene siguiendo el instituto porque el programa tiene bastante de continuista, en tanto que hay además aprobado un plan por todas las comunidades autónomas, desde 1993 a 1997, para evitar precisamente que se puedan hacer desviaciones sobre un proyecto inicial. Por ese motivo el programa mantiene las posibilidades de actuar en función de una serie de proyectos que ya venían programándose anteriormente. Entre ellos están los llamados abecé. Los abecé son las cuestiones básicas que deben saber los consumidores sobre temas específicos. Estos temas específicos lógicamente van variando. En estos momentos estamos programando el abecé de la informática, porque pensamos que es un factor muy importante en un futuro inmediato en el consumo de los españoles.

Por otra parte, pensamos seguir haciendo folletos sobre materias que aconsejen su divulgación, y son muchas y muy variadas, pero van a depender también —una parte está programada, como es lógico— de las circunstancias que se vayan dando incluso en el propio mercado. Estos folletos son francamente muy baratos y, sin embargo, son muy eficaces porque se pueden hacer llegar a muchos sitios. De esta forma, podemos facilitar estos pequeños folletos —que son poco más que un folio doblado en forma de tríptico y a un costo relativamente muy bajo— a todas las organizaciones municipales de información al consumo, a todas las juntas arbitrales y a todas las asociaciones de consumidores, por supuesto.

Dentro del programa 443.C, pregunta por el desarrollo de las OMIC. Como usted sabe, las OMIC son oficinas municipales de información al consumidor, y las mismas están fomentadas y subvencionadas y figuran en los presupuestos de los ayuntamientos. Lo que ocurre es que no es suficiente muchas veces con que los ayuntamientos sufragan los gastos, y es necesario elaborar material como estos folletos divulgativos u organizar cursos, que sí que están previstos para este próximo año. Hay que tener en cuenta que el material didáctico que en general se emplea para todas estas organizaciones una de las cosas que no tiene que ser es caro, no debe serlo y de hecho no lo es, lo que pasa es que se puede editar de muchas formas. Es verdad que en el momento actual posiblemente haya que restringir y a lo mejor en vez de editarlos a cuatro colores haya que hacerlo a dos. A lo mejor hay que hacerlos in-

cluso con un papel más barato, pero desde luego no estamos en absoluto predispuestos a disminuir la elaboración de material, aunque sí elaboraremos quizá un material más barato.

En cuanto al fomento de las asociaciones, efectivamente hay 225 millones de pesetas. Es la cantidad que acabamos de repartir de los presupuestos de 1996. Es cierto que las asociaciones de consumidores estarían muy satisfechas si se les hubiese podido proporcionar una cantidad superior, pero la realidad es que no deja de ser menos verdad que las asociaciones de consumidores tienen que empezar a vivir por sí mismas. En principio lo que le digo es que la cantidad que vamos a dar en 1997 es la misma que se ha dado en el año 1996, no ha habido ninguna variación. También es cierto que las asociaciones de consumidores tienen que ser conscientes de que sus propias cuotas deben ser una parte importante de la financiación de las mismas. Por este motivo, la línea fundamental que vamos a seguir para el reparto de las subvenciones en el año 1997 será por una parte, que sean a proyectos finalistas, es decir, actuaciones concretas elaboradas por las asociaciones de consumidores que sean el fruto de un esfuerzo que ellos mismos hagan en algo que a ellos mismos les va a mejorar.

En segundo lugar, vamos a procurar que tengan un carácter suficientemente amplio. Creemos que con frecuencia los estudios o los trabajos que se han hecho han sido demasiado locales, demasiado pequeños. Pretendemos que en gran parte estos trabajos tengan un carácter mucho más amplio, a ser posible nacional. Incluso estamos pensando en la posibilidad de que lleguen subvenciones de la Unión Europea, que están establecidas, y estamos en contacto con la Dirección General 24 de la Unión Europea, que es la dirección de los consumidores, para establecer líneas de trabajo de defensa de los intereses de los consumidores, pero no solamente con España, sino en colaboración con Italia (parece que ya algunas asociaciones han empezado a tomar interés en este tema), e incluso con Portugal y Grecia. Otro criterio que vamos a seguir es dar una información completa e incluso someterlo a informe del Consejo de los Consumidores y Usuarios. Como usted sabe perfectamente, hay un Consejo de Consumidores y Usuarios que en estos momentos y quizá por la propia evolución de la sociedad está adquiriendo una mayoría de edad que es muy interesante. En el Consejo de los Consumidores y Usuarios están representadas las doce asociaciones nacionales y cada una va a tener voz y voto y va a poder expresar su opinión con todo el interés que quiera. El Instituto no forma parte del Consejo de Consumidores y Usuarios, que está formado exclusivamente por miembros de asociaciones a las que el Instituto les presta un servicio de secretaría. Deben ser los propios consumidores que forman este Consejo los que nos digan por dónde quieren que vayan las subvenciones y cómo deben ir. Su decisión no puede ser la definitiva, pero la participación y la elección de los trabajos sí lo va a ser.

Finalmente me preguntaba qué previsiones tenemos en cuanto a arbitraje de consumo. En este momento tenemos 54 juntas arbitrales de consumo con niveles distintos. Hay algunas que tienen carácter autonómico, otras tienen ca-

rácter provincial y algunas tienen carácter local. De estas 54 juntas arbitrales que en este momento están establecidas, algunas no funcionan; exactamente 13 no han tenido ninguna actuación en 1996. Lo primero que hemos hecho ha sido dirigirnos a ellas y a las autonomías correspondientes, aunque las juntas arbitrales están formadas exclusivamente, al menos en principio, porque quizá haya también alguna excepción, por el organismo en el que están encuadradas, en general municipios y en algunos casos autonomías cuando son autonómicas, y el propio Instituto Nacional de Consumo. Nos hemos dirigido a las autonomías para que nos den información de la situación en cada una de las zonas y nos den también sus opiniones con respecto a las juntas arbitrales de consumo que debería de haber en cada una de las autonomías y dónde deberían de estar ubicadas. En estos momentos tenemos ocho peticiones, algunas ya elaboradas con todos los informes favorables. En cuanto acabemos este programa, que tendrá que ser dentro de este año y así nos hemos comprometido por escrito, decidiremos qué es lo que hacemos con estas ocho juntas arbitrales que están solicitadas y empezaremos el programa para el año 1997, teniendo en cuenta también la evolución que tengan las juntas que puedan desaparecer. Hay algunas que en el año 1996 no han dictado ningún laudo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Montes.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Voy a empezar por el final. Le preguntaba cuántas juntas arbitrales se pensaban crear y dónde. Parece que todavía no está decidida esta cuestión. En la relación de indicadores he visto que tenían previstas diez juntas arbitrales. Quería saber exactamente dónde pensaban ubicarlas, pero no me ha contestado a la pregunta.

Me gustaría incidir sobre todo en el tema de las publicaciones y los cursos para las oficinas municipales de información para los consumidores. Es cierto que estas oficinas están ubicadas en los ayuntamientos y tienen financiación municipal, pero no es menos cierto que la Administración del Estado tiene encomendada la función de coordinar y hacer que la política de arbitraje que se siga en las distintas oficinas sea homogénea en todo el territorio nacional. Por eso me parece fundamental que se sigan llevando a cabo estos cursos que vendrían a dar cumplimiento a este doble objetivo, tanto de coordinar como de conseguir esa homogeneización que viene mandatada por la Constitución.

Con respecto a las publicaciones, me suscita la duda de cuáles son las publicaciones que van a dejar de editarse, porque o bien se van a editar todas pero se va a hacer menor tirada o no sé cómo se hará exactamente. Quisiera que me aclare cómo va a quedar exactamente el tema.

Con respecto al mercado interior en todo el territorio nacional, comparto la posición de que hay que homogeneizar también los mercados a nivel europeo, pero me parecía que en el texto no quedaba bien aclarada esta necesidad con respecto al mercado interior; lo entendía perfecta-

mente en el ámbito europeo, pero no lo veía plasmado en el mercado interior. Si el señor secretario me garantiza que queda homogeneizado, no tengo ninguna objeción que hacerle.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Díaz Yubero.

El señor **SECRETARIO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO** (Díaz Yubero): Está prevista la creación de diez juntas arbitrales; lo que pasa es que usted me pregunta por la ubicación de las mismas. Le puedo decir, por ejemplo, que las de Granada, Jaén, Aranjuez, Getafe, no funcionan. Lo que hemos hecho ha sido, primero, dirigirnos a estas juntas y a otras más para ver si quieren funcionar, si van a funcionar o no. Si van a funcionar, evidentemente éstas serán cuatro ubicaciones de esas juntas. Si esas cuatro juntas no quieren funcionar o no van a funcionar en el futuro por el motivo que sea, por ejemplo, para suplir las de Getafe y Leganés —hay dos, una en Getafe y otra en Leganés— posiblemente creásemos la de Fuenlabrada, que lo tiene solicitado. Lo que ocurre es que es muy difícil que en estos momentos le pueda decir eso, porque precisamente estamos haciendo ese estudio. Pensamos que con una cantidad de, aproximadamente, 66 juntas arbitrales, diez más que las que hay en estos momentos, podríamos tener bastante bien cubierto el territorio nacional. Pero tampoco es exactamente así, porque no se trata simplemente de que haya juntas arbitrales, sino de que emitan los laudos que son necesarios, como es lógico. Tenemos algunas que son verdaderamente eficaces, que están haciendo una cantidad de laudos impresionantes y que están haciendo una labor muy buena, muy favorable. Hace unos días tuve una entrevista con representantes de la junta arbitral de Cádiz, que quiere ampliar sus actuaciones, que quiere, incluso, hacerse cargo, a costa del propio Ayuntamiento de Cádiz, de algunas de las funciones que podrían desempeñarse para alguno de los pueblos limítrofes; creo que estaba El Puerto de Santa María —no recuerdo muy bien los pueblos, prefiero no decirlos en estos momentos porque me podría equivocar también, aunque sí sé que son los pueblos más próximos a Cádiz—. También ésa es una forma de actuar y de aumentar la posibilidad de que lleguen a todo o a casi todo el territorio nacional las juntas arbitrales.

Por eso es por lo que no le puedo decir dónde van a estar ubicadas. Lo primero que tenemos que saber, de las que ya están en estos momentos calificadas como tales, es cuáles vamos a hacer desaparecer, porque el ayuntamiento, la provincia o la autonomía han decidido que no tiene sentido que siga la junta arbitral por el motivo que sea. Lógicamente, cuando esto se hace con un convenio, es voluntad de dos partes. Si aquella que, en principio, tiene la obligación, decide no hacerlo, difícilmente podemos obligarla a que lo lleve a efecto. Este es el motivo por el que no le puedo decir dónde van a estar ubicadas las juntas arbitrales.

Otra cosa muy distinta es la OMIC. La OMIC en absoluto hace arbitraje; es una oficina de información al consumidor y, efectivamente, como tal está, además, como he-

mos dicho antes, sufragada en todos sus gastos por los propios municipios. Está claro que nosotros tenemos la obligación, y así lo hacemos, de hacer llegar a los municipios toda la información. Para eso tenemos un fondo de datos, el Cidoc, que hacemos llegar a todas las juntas arbitrales, por pequeñas que sean, porque las hay también de muchos tamaños y muy diferentes. Toda la información del Cidoc está absolutamente a su disposición, se la hacemos llegar en CD-rom y pueden tenerla por este medio, pero también es posible que en algunos casos —y de hecho así ocurre— no dispongan de los medios para poder leer estos discos; en ese caso se lo mandamos —además encantados— en la forma en que ellos consideren más oportuna, que normalmente suele ser el telefax. En ese sentido, la coordinación de los consejos que las OMIC dan a los consumidores, pueden y deben ser, en cualquier caso, perfectamente homogéneos y no tiene por qué haber ninguna disparidad entre unos criterios y otros.

En lo que se refiere a publicación, sinceramente no creo ni que haya que disminuir la tirada ni que haya que disminuir el número de publicaciones. Tampoco tengo una varita mágica para poderlo hacer. Creo que sólo hay una cosa, con mucha frecuencia, las publicaciones que se han hecho han sido excesivamente caras y creo que los costos se pueden disminuir de una forma verdaderamente importante. Se puede hacer la misma tirada y las mismas publicaciones simplemente disminuyendo la calidad del papel, disminu-

yendo los colores y haciendo, además, que la elaboración de esos folletos se realice por los propios funcionarios del Instituto Nacional de Consumo. En algunas ocasiones ha sido necesario proceder a contratar estas publicaciones, estos textos. Evidentemente, esto tiene un costo alto; es posible que en el futuro también tengamos que contratar algún texto, pero, desde luego, van a ser muchos menos, procuramos que sean muchos menos. Eso puede hacer que bajen mucho los costos. Un folleto puede ser igual de explicativo cuando es un folio doblado a dos colores, incluso a uno, que cuando se hace en una carpeta más o menos lujosa. La situación en estos momentos nos aconseja que lo hagamos de la forma más modesta posible.

Finalmente, quizá haya una confusión. Muchas veces cuando hablamos de mercado interior no hablamos solamente del mercado interior español, hablamos del mercado interior europeo. Lo que pasa es que, por supuesto, el mercado interior español está subsumido en el propio mercado interior europeo. Es posible que por ese motivo se haya podido producir una confusión en su señoría.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la comparecencia del señor Secretario General del Instituto Nacional de Consumo, señor Díaz Yubero.

Terminado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las ocho y cincuenta minutos de la noche.