



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 296

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 13

celebrada el martes, 14 de octubre de 1997

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de personalidades y funcionarios de la Administración del Estado, al objeto de informar sobre temas relativos al Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1998. (Número de expediente 121/000082.)

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

COMPARECENCIA DE PERSONALIDADES Y FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, AL OBJETO DE INFORMAR SOBRE TEMAS RELATIVOS AL PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA 1998 (Número de expediente 121/000082):

— **DEL SEÑOR SECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 212/000939) Y DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/001006).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que SS. SS. conocen: Comparecencia de per-

sonalidades y funcionarios de la Administración del Estado, al objeto de informar sobre temas relativos al proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 1998.

Comparece, en primer lugar, a petición del Grupo Parlamentario Socialista y del Grupo Parlamentario Popular, el señor subsecretario de Sanidad y Consumo, don Enrique Castellón.

En principio, según el Reglamento, harán una exposición los portavoces de los grupos que han pedido la comparecencia, y a continuación contestará el señor subsecretario, estableciéndose, como es lógico, el turno de réplica o réplica si fuese necesario.

En primer lugar, tiene la palabra la señora García Manzanares, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Señor subsecretario, bienvenido a esta Comisión y gracias por su asistencia.

Nos encontramos hoy, al menos nosotros así lo consideramos, ante el debate político más importante de la legislatura, porque tras los números, que quizá sean lo de menos ya que son cambiantes, son variables, son matizables —ustedes mismos se ocupan de matizarlos, claro está—, lo que interesa, lo que importa son las intenciones políticas que hay detrás. Por ello, pedimos su comparecencia con la clara intención de clarificar al máximo las políticas que hay detrás de cada una de las medidas que proponen para 1998 en el Ministerio del que usted es subsecretario.

Mi intervención se va a referir no solamente, como usted debe entender, al programa que refleja exactamente su pequeño o mediano departamento, sino a todos aquellos programas que dependen directamente de usted. Podíamos haber optado por otra fórmula, pero nos ha parecido más interesante agrupar todo el conocimiento que pueda usted aportarnos sobre los distintos programas que dependen directamente de su Subsecretaría.

En mi intervención me voy a ceñir exactamente a preguntas que nos sugieren tanto las medidas contempladas en el proyecto de ley de medidas fiscales administrativas y de orden social, la que llamamos familiarmente ley de acompañamiento, que incluye algunas medidas que afectan a los temas de su competencia más directa, y también iremos al capítulo de los números, programa por programa. Para no hacerlo excesivamente largo, voy a intentar concretar al máximo las preguntas que para nosotros tienen un especial interés porque no están claras o están medianamente grises, no quisiera decir oscuras, o porque no tenemos suficiente explicación tanto sobre los textos como sobre las partidas.

Empezaré por aquellos aspectos que le anunciaba, contemplados en la llamada ley de acompañamiento. El artículo 37 de la misma se titula asistencia a extranjeros; entendemos que estará incluida la asistencia sanitaria, porque la asistencia es sanitaria y social en este caso. Vemos que hay una modificación y la pregunta concreta es a qué responde la modificación contenida en el artículo 37, que a su vez modifica el artículo 7 del texto refundido de la Ley Ge-

neral de la Seguridad Social. Lo modifica muy poco, le añade una relación concreta de apartados en los que están o deben estar incluidas las personas que estarán sujetas a esa asistencia. Por tanto, esa concreción de la redacción la entendemos como restrictiva. Quedamos a la espera de su respuesta porque quizá no lo hayamos entendido bien. La pregunta concreta es qué trascendencia tiene el cambio en la redacción. Y, si eso fuera así, cómo se compagina con la universalización de la asistencia sanitaria y la mayoritaria financiación de la sanidad vía impuestos, porque ese artículo hace referencia exclusivamente a quienes estén sujetos a la prestación de modalidad contributiva. Todos sabemos que la sanidad hoy ya no es, según el Pacto de Toledo, una prestación contributiva, sino que se financia mayoritariamente vía impuestos, apenas un 2 por ciento proviene de las cotizaciones a la Seguridad Social. Como tenemos una duda sobre esa redacción, como no sabemos el alcance que pueda tener esa modificación, es por lo que ruego al señor subsecretario, si es tan amable, nos aclarare este concepto.

Otro de los temas que hace referencia a medidas contempladas en la ley de acompañamiento está en el artículo 78 y se refiere a la Agencia Española del Medicamento. Hemos pasado largos ratos intentando descifrar y entender qué es esto. Me va a permitir que se lo diga, porque el contenido que describe la creación de la Agencia Española del Medicamento con sus funciones, con los órganos de dirección, con los estatutos, con los sistemas de financiación y contratación, es un revoltijo difícil de entender, suena raro y, sin embargo, lo que vemos claro es que persigue la finalidad de redefinir las funciones que hoy tiene la Dirección General de Farmacia devaluándolas a rango de subdirección. Eso es lo que entendemos a través de una lectura pormenorizada del texto.

Las funciones que se trasladan a la Agencia son, por una parte, las que tiene la Dirección General de Farmacia además de algunas de las que tiene el Instituto Carlos III, en concreto el Centro Nacional de Farmacobiología. La pregunta que le queremos hacer es qué fines persigue esta devaluación, porque si la Dirección General de Farmacia tiene la categoría de Dirección General y hacemos un montaje impresionante con la Agencia Española del Medicamento y ponemos la Dirección en manos de un subdirector general, hay una clara devaluación.

Otra de las cuestiones que nos preocupa del carácter de la Agencia tal como está descrita es por qué se admite la financiación privada y las aportaciones a título gratuito; quedan un poco extrañas, bastante oscuras y es incomprendible que en un organismo que se va a regir por las normas de la Administración general del Estado, que es un organismo administrativo sujeto a las normas generales de contratación de las administraciones públicas, admita también aportaciones privadas y a título gratuito. Es sorprendente. Ésa sería otra de las preguntas.

Igualmente, nos parece que con el cambio de Dirección General y del apartado que proviene del Instituto de Salud Carlos III se pierde libertad de gestión, precisamente por eso, porque se le somete a la Ley de Contratos del Estado. El Instituto de Salud Carlos III funciona como un organismo comercial, tiene una mayor flexibilidad para hacer

las funciones que desde el punto de vista científico tiene adscritas y ahora pasa de organismo comercial a organismo administrativo. Por tanto, se le somete a un mayor encorsetamiento, a una rigidez y a una pérdida de autonomía de gestión.

En resumen, lo más sorprendente es esa clara devaluación o esa oscura clarificación —permítame la contradicción— de las funciones; de Dirección General pasa a Subdirección, de Comisión general pasa a Comité, de tener autonomía de gestión a ser un organismo administrativo rígido. Se da también una mezcla de funciones políticas y funciones técnicas, precisamente porque se han incorporado parte de las funciones adscritas al Instituto de Salud Carlos III, en concreto, del Centro Nacional de Farmacobiología, que tiene un claro plano científico-técnico diferenciado y separado de lo que debe ser la decisión política. Pues eso se ha mezclado también con las funciones y las decisiones políticas y deberían estar claramente separadas, las funciones técnicas y científicas deberían volver al órgano científico que es el Instituto de Salud Carlos III, y la función política y las decisiones políticas y administrativas de alta dirección debieran estar en el Ministerio, en la Dirección General de Farmacia o donde quiera que tengan que estar, pero claramente diferenciadas. Sin embargo, en este texto de la Agencia Española del Medicamento que nos presenta el proyecto de ley de acompañamiento están mezcladas. En definitiva, lo más sorprendente es esa devaluación, siendo una de las competencias horizontales más importantes del sistema.

Una tercera cuestión que quiero plantearle, contemplada también en el artículo 96 de la ley de acompañamiento, es la que hace referencia a la modificación de la Ley del Medicamento. El artículo 96.3 añade un tercer párrafo al apartado 6 del artículo 94 de la Ley del Medicamento. Hay una expresión que nos sorprende mucho que es la siguiente: cuando la presentación de la especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia, el farmacéutico deberá sustituirla.

Pues bien, la pregunta es, señor subsecretario, cómo se concilia esta modificación imperativa con la libertad de prescripción de los facultativos. ¿Y la libertad del usuario que pueda tener una fijación —la que fuere— con un determinado fármaco porque le da seguridad o porque lo ha utilizado siempre y lo solicita aun pagando la diferencia? No podría hacerlo. Aclárenos, por favor, a qué se debe este cambio.

En relación con el punto 5 de este mismo artículo, ¿por qué no se fijan los precios mínimos de referencia? Aparece solamente el máximo. ¿No le parece que si como precio de referencia que va a pagar la Seguridad Social sólo aparece el máximo los fármacos tenderán a acercarse a ese máximo, por una tendencia lógica? Eso puede hacer que suban los precios. ¿Se pretende acaso que suban los precios? Espero que no. ¿Por qué no se fijan los precios mínimos de referencia?

Igualmente —y termino ya con la ley de acompañamiento—, la disposición decimoséptima hace referencia al régimen de medicamentos aplicable a Muface, Mugeju e Isfas, donde se dice que será de aplicación lo que establece

el artículo 96.3. Le planteo lo mismo que le decía del mandato imperativo a los farmacéuticos para que deban cambiar la medicación prescrita por otra. Éstas son las preguntas sobre las medidas contempladas en la llamada ley de acompañamiento.

Pasaré lo más rápidamente que pueda —se lo garantizo, señor subsecretario— por los programas concretos que afectan a su Subdirección directamente. En primer lugar y muy brevemente, el programa 411.A, Dirección y Servicios Generales del Ministerio y Subsecretaría. Le voy a anunciar que ya de entrada es bastante sorprendente porque he venido constatando a lo largo de la revisión de todos y cada uno de los programas que hay una constante que se repite, son unas variaciones tremendas y sustanciales en el capítulo I, en concreto en funcionarios. Es verdad que el año pasado congelamos el sueldo a los funcionarios, pero es que este año se propone una desaparición de un montón de ellos. Entiendo que tendrá alguna explicación que el señor subsecretario nos dará.

Empiezo, como le decía, por ese primer programa 411.A, Dirección, Ministerio y Subsecretaría. En primer lugar, en el capítulo 1, funcionarios, en 1997 la partida destinada era de 1.661.447.000, y para 1998 es de 951.337.000, es decir, que en el capítulo de funcionarios —no estoy hablando de altos cargos— hay una disminución bastante llamativa de 710.110 millones de pesetas. Sin duda, tendrá alguna explicación. Igualmente ocurre con los laborales, donde la disminución es de 319.000, de tal manera que en el capítulo 1, entre funcionarios, laborales y, lógicamente, la aportación a la Seguridad Social que corresponde, hay una minoración sorprendente de 1.234.000.069. No me parece que sea una reducción baladí. Todos estamos de acuerdo en optimizar los servicios, en racionalizar el gasto, en situar a los profesionales en aquellas áreas donde puedan rendir mejor, pero aquí parece que tendrá que haber alguna explicación de por qué razón hay esta disminución tan importante de esta partida.

En este mismo programa vuelve a aparecer una transferencia corriente de 1.300 millones al hospital clínico y provincial de Barcelona. La pregunta es por qué se sobrefinancia, por qué está prevista una sobrefinanciación con una subvención bien generosa de 1.300 millones cuando en la disposición adicional decimonovena, también de la ley de acompañamiento, se plantea exactamente que a lo largo de 1998 tanto la Generalitat de Cataluña como el Ministerio de Sanidad encontrarán la fórmula administrativa necesaria para, a lo largo de este año, transferir ese servicio. Si va a ser un servicio transferido, lógicamente tendrá su partida correspondiente con la transferencia, pero, además de eso, se plantea nuevamente una subvención de 1.300 millones de pesetas. Me gustaría que me aclarase por qué.

Hay un capítulo que me sorprende un poco, es el capítulo de becas que se mantiene en el Ministerio y Subsecretaría y que aumenta. El año pasado era de 13 millones y este año sube a 20. No es que pensemos que no deban existir estas becas, pero ¿no le parece que sería más interesante o más adecuado que se concentraran todas las becas en concreto en el Instituto de Salud Carlos III? ¿Por qué no

están ahí todas las becas cuando se ha tendido a concentrar todos los esfuerzos de formación y de becas en el Instituto de Salud Carlos III? Sin embargo, aquí aparece una partida que no solamente no se traslada sino que se incrementa.

Le voy a plantear otra serie de cuestiones en relación con el siguiente programa, el 412.B, de planificación y asistencia sanitaria, referidas igualmente al capítulo de funcionarios. Hay una minoración de la partida destinada al capítulo 1, funcionarios, de menos 214.303. ¿Dónde han ido esos señores funcionarios, es que han sido trasladados, es que han sido bajas, son plazas que no se han ocupado? En fin, le reitero la misma pregunta. También han desaparecido los laborales.

En cuanto a transferencias de capital a comunidades autónomas, para la Comunidad Autónoma de Canarias, según el convenio de 26 de mayo modificado en diciembre de 1995, hay una partida de 5.794 millones de pesetas. El año pasado era de 4.700 millones. Hay un incremento de casi 1.100 millones y nos parece que no tiene explicación. Le rogaría que nos lo aclarara.

En el programa 413.B y siguiente está incluida la Agencia Española del Medicamento a que hacía referencia en la ley de acompañamiento. Nada que objetar. La verdad es que son servicios que apenas crecen, que se mantienen exactamente igual salvo, eso sí, el capítulo de funcionarios que aumenta casi 100 millones. Se contempla la Agencia Española del Medicamento, pero nos sorprende bastante el hecho de que no aparezcan los ingresos por transferencias entre subsectores del Ministerio. Por otra parte, el presupuesto global de la Dirección General de Farmacia disminuye, y luego sí aparece como ingreso exclusivamente de tasas. De verdad, señor subsecretario, ¿piensa que la Agencia Española del Medicamento, con el contenido y la descripción que han planteado en la ley de acompañamiento, puede aparecer pintada exclusivamente con una partida de tasas, sin más, de 802.419 para su futuro desarrollo?

En cuanto al programa siguiente, el 413.C, este año se han refundido dos programas que el año pasado venían separados, el 413.C y el 413.G, es decir, el de sanidad exterior, por una parte, y el de coordinación general de salud, por otra. Este año vienen agrupados en un único programa. Nada que objetar, salvo que aquí nuevamente hay un tajo impresionante, aun sumando los dos, a lo que supone el capítulo 1 en la desaparición de funcionarios. Permítanme la expresión, ya sé que es una licencia, no es que me dedique a la búsqueda de funcionarios, pero es muy sorprendente en todos los capítulos y, sin duda, alguna explicación espero que me dé, razonable al menos. Pues bien, nuevamente aparece un tajo impresionante en el capítulo 1 en lo ofrecido a funcionarios de menos 836.314. Es decir, no son partidas nimias. Igualmente, en laborales es de menos 201.729. Es decir, que en el programa 413.C, que refunde los dos anteriores, sumados los dos anteriores y comparados con el de este año, hay una minoración en el capítulo I en funcionarios y laborales de menos 1.038 millones de pesetas. Y aquí aparecen dos conceptos nuevos, uno en transferencias corrientes a comunidades autónomas derivadas del Plan nacional sobre el sida. Evidentemente, se-

ñor subsecretario, no le cuestionaré que haya un Plan nacional de sida que esté dotado, que se pueda llevar a las comunidades autónomas con convenios, que se pueda hacer el seguimiento, la prevención y la promoción de las medidas. En absoluto mi pregunta se refiere a eso, aunque sí que le diría que esto no aparece en ingresos, es decir, está aquí como gasto, pero yo, por lo menos, no lo he encontrado en ingresos. Se podría conseguir con la minoración de los funcionarios, lo que pasa es que es un poco raro, así es que vamos a ver si me lo explica. En fin, no le voy a discutir esa partida, simplemente le digo que no encuentro los ingresos.

En cuanto a otra partida que hay en ese mismo programa, de transferencias corrientes, las transferencias a familias y a asociaciones en años anteriores eran de 100 millones y este año son de 140. Bien está que se potencie el movimiento asociativo, bien está que se incremente, pero hay una nueva, que es para coordinar con otros agentes de cualquier titularidad el desarrollo de plan multisectorial de lucha contra el sida. Eso es algo que no entendemos. ¿Por qué hay que coordinar con otros agentes? ¿Con qué otros agentes? Si estamos hablando de 1.145 millones a transferir a las comunidades autónomas, si estamos hablando de 140 millones a transferir a familias, colectivos y asociaciones, también para el desarrollo de sus actividades, ¿quiénes son esos otros agentes que tienen que coordinar el desarrollo del plan multisectorial? Ésta es nuestra pregunta.

Programas 443.B y 443.C. El primero se refiere al Instituto Nacional del Consumo, ordenación del consumo, y el segundo a la protección de los derechos de los consumidores. En cuanto al primero, nada que objetar. Eso sí, sube una barbaridad, 31 millones de pesetas. Sin comentarios. Con respecto al segundo, el 443.C, el de la protección de los consumidores, yo comprendo, señor subsecretario, que son institutos relativamente nuevos, que, a pesar de subir 30 millones el conjunto del programa, quedan muy lejos, aunque son importantes. La verdad es que el consumo y la protección de los consumidores es una de las cuestiones de mayor actualidad, de mayor importancia y relevancia ahora mismo en Europa, siendo bastante poco comprensible que no solamente no suba el incremento del IPC, sino, en concreto, la partida destinada a transferencias corrientes, a impulsar, orientar y desarrollar las asociaciones de consumidores, las instituciones públicas o privadas de ámbito nacional, la protección a los consumidores, cuando, además, estamos hablando de que hay una clara intención —así lo dicen en la propia memoria que ustedes presentan— de dotar de personalidad jurídica al Consejo de consumidores, de potenciar el sistema arbitral de consumo. Pues bien, esta partida sube cuatro millones y medio. Es una broma, señor subsecretario. Podemos pensar que, efectivamente, se quiere potenciar el sistema arbitral de consumo, así como dotar de personalidad jurídica al Consejo de consumidores, pero ¿con qué? No solamente con una norma. Es verdad que habrá que hacer una norma, pero en esa norma habrá que pintarle un pequeño presupuesto, aunque sea poquito, habrá que darle una mínima dotación económica para que pueda desarrollar las actividades que ustedes mismos en la memoria, y que nosotros comparti-

mos, fijan como sus objetivos fundamentales. Lo mismo ocurre con la potenciación del sistema arbitral de consumo, porque nos encontramos en el presupuesto acciones de promoción del sistema y, al menos, habría que hacer una acción de promoción de gran publicidad, de gran propaganda para que, realmente, todas las empresas y todos los colectivos conozcan que existe el sistema arbitral de consumo; es decir, se tienen que poner en marcha, por lo menos, grandes actividades de comunicación hacia los consumidores y grandes campañas publicitarias, y solamente encontramos un incremento de 10 millones de pesetas con respecto al año anterior en el capítulo de publicaciones. Esperemos que no se destinen solamente a todas estas acciones. Ya me lo contará, sin duda.

Programa del Instituto de Salud Carlos III. Empezaré por el primero, el 411.B, formación de salud pública y administración sanitaria. Enhorabuena, porque el capítulo de la formación en salud pública y de la administración sanitaria sube 1.414.000 pesetas. Le podían haber pasado las becas de la Dirección General y, al menos, hubieran sido 20 milloncitos más. Pero si queremos una buena profesionalización, una competitividad, una formación en salud, no parece que quede reflejado el más mínimo esfuerzo en los presupuestos, señor subsecretario, incrementando con respecto al año pasado 1.414.000 pesetas el total dedicado por el Instituto de Salud Carlos III a formación en salud pública. Es verdad que hemos hecho algunos esfuerzos, como incrementar el gasto en teléfono, el gasto postal —de un millón a tres millones y medio—, los gastos de publicaciones —de 800.000 pesetas a 3.214.000—. De verdad, ¿no les merece una mayor reflexión y un pequeño esfuerzo el incrementar las dotaciones en formación, en potenciar la calidad de los profesionales, la competitividad y la profesionalización? Dígame por qué hay ese pequeñísimo incremento.

Finalmente, el programa 524.H, de investigación sanitaria, asimismo del Instituto de Salud Carlos III. En este programa nos encontramos con un importante capítulo 1 que no han tocado, que no ha disminuido, más o menos se mantiene igual que en años anteriores, 6.189 millones de pesetas. Un importante capítulo 1 que, lógicamente, debería ir acompañando de un importante capítulo 2, que es el de gastos corrientes y bienes, reparaciones, mantenimiento, conservación; digo yo que habrá laboratorios, materiales, porque ahí está concentrada también la investigación, las becas, todo el centro de la alta tecnología. Pues bien, en ese capítulo 2 hay una disminución con respecto al año pasado, que tenía una asignación de 6.256 millones, apareciendo este año 1.500 millones, es decir, hay una minoración de 4.290. Aquí hay una pregunta: ¿cómo es posible que un centro, un servicio que tiene un capítulo 1 de 6.189 millones, tenga un tajo en material, suministros, laboratorio, en capítulo 2, de más de 4.000 millones de pesetas y quede exclusivamente con 1.565 millones? Dificilmente podrán trabajar todo ese capítulo 1, que no cuestiono, en un programa como es justamente el de la investigación sanitaria.

Algunas cuestiones llamativas. Es verdad que las becas de investigación se incrementan, pero en 730.000 pe-

setas, un cuarto de beca. ¿Merece la pena hacer ese incremento? En el conjunto de este programa de investigación, en el que está incorporado el FIS —hay transferencias al Instituto Carlos III para el Fondo de Investigaciones Sanitarias—, hay alguna cosa que llama la atención, es decir, no encuentro una partida de ingresos. En el programa de gasto hay una transferencia para el Fondo de Investigaciones Sanitarias de 3.977.420. Eso en la hoja de gastos; sin embargo, en la hoja de ingresos la partida no es de 3.977.420, sino de 4.477.420, y son transferencias finalistas. Siendo una transferencia finalista, ¿cómo es posible que en ingresos esté presupuestada una transferencia de capital finalista para financiar el FIS por 4.477.420 y, luego, en la explicación de gastos aparece sólo 3.977.420? En algún sitio se han quedado; seguramente en alguna puerta se han quedado enganchados unos dineritos de estas partidas, y siendo finalista no deberían faltar.

Por otra parte también, y ésta ya sería la última pregunta, en el capítulo de ingresos, en el general, en el global, en el conjunto del programa para investigación sanitaria, en el capítulo de ingresos aparece 14.448 y, sin embargo, en el resumen del gasto, 13.686. ¿Por qué? No es posible, a menos que estemos presupuestando fondos fijos para investigación dependientes de posibles ingresos, de tasas u otra cosa, y no parece muy serio que esto se haga en concreto con el tema de la investigación.

Finalmente, también aquí hay una partida nueva, señor subsecretario, y yo no he conseguido concretarla, o saber aclararme a qué responde. Pone, gastos inversiones de carácter inmaterial. Le aseguro que es la primera vez que oigo esta palabra en unos presupuestos; gastos de carácter inmaterial, por 500 millones de pesetas. Ya nos lo explicará, por favor.

Hasta aquí al menos lo que he podido comprobar en grandes trazos, porque pequeñitos hay más, son las preguntas más llamativas, las que se me hacían más importantes de aquellos programas que dependen de su responsabilidad directa. Si es tan amable, dándole las gracias, le solicito contestación, y comprendo que le he lanzado muchas preguntas, pero ha sido en el afán de concentrar en un único compareciente todas estas cuestiones de las que nos gustaría tener una explicación.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar tiene la palabra el señor subsecretario. Le advierto que alguno de los datos que le puede haber solicitado la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, si no obra en su poder en estos momentos, puede remitírselos a su conveniencia por el sistema que estime oportuno.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Comparezco con mucho gusto ante esta Comisión e intentaré contestar a todas sus preguntas. No obstante, voy a hacer una primera aproximación al presupuesto del departamento, con ello contestaré a gran parte de las últimas preguntas que me ha hecho y luego entraré a comentar algunos aspectos de la ley de medidas de acompañamiento, en lo que se refiere a la crea-

ción de la Agencia del Medicamento y a las modificaciones que se producen en la Ley del Medicamento.

Antes de nada y por completar la presentación le daría las grandes cifras de aportación del Estado al Sistema Nacional de Salud en el proyecto para 1998, y luego haré algunas matizaciones porque las cifras se pueden suministrar de distinta manera, debidamente justificadas y encajando todas bastante bien. La aportación del Estado se incrementa en 280.000 millones, que suponen el 8,6 por ciento, y me refiero a la aportación del Estado. Como en cumplimiento de los acuerdos del Pacto de Toledo disminuye la aportación al sistema procedente de las cotizaciones sociales, al final quedaría el porcentaje en el 5,7 por ciento, que es el PIB previsto para el año 1998. Hay otra cifra que también se puede dar, y resulta de la comparación de los cifrados iniciales (que a nuestro juicio no es exacta porque no son comparaciones homogéneas), que establece un incremento del 4,8; digo esto para enmarcar lo que es la financiación global del departamento, implicando también la financiación del Sistema Nacional de Salud.

No voy a explicar los criterios que hemos manejado para que las comparaciones sean homogéneas, lo diré rápidamente. Simplemente detraer algunas cuestiones de 1997, que no quede su reflejo en 1998, en concreto son cuatro: la liquidación a cuenta por actualización del PIB en el año 1995, la compensación por desequilibrios territoriales, el FIS ya que los créditos en 1998 se sitúan directamente en el Instituto de Salud Carlos III, y el ajuste por autorización a la baja del PIB previsto para 1997. Con esto cierro las grandes cifras del conjunto del presupuesto y paso a referirme propiamente al departamento.

En el capítulo 1, de gastos de personal, y con esto creo que respondo a muchas de las cuestiones que se han formulado sobre la variación de personal, el principal componente de la variación que viene siendo 2.662 millones de pesetas y que, por tanto, implica una reducción del coste de personal sobre el presupuesto de 1997 del 33,6 por ciento, obedece a la aplicación de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración general del Estado, conocida por Lofage, y al Real Decreto 1330/1997, de 1 de agosto, de integración de servicios periféricos y estructura de las delegaciones del Gobierno. A esto en lo sucesivo lo llamaré efecto Lofage, y es el que condiciona esta importantísima variación a la baja de los gastos de personal. Aparte de esto, una cantidad sensiblemente inferior obedece a determinados ajustes técnicos del tipo de adaptación a la nueva RPT o previsión de bajas, pero básicamente el efecto Lofage justifica la bajada aparente de los gastos de personal.

En relación con los gastos corrientes en bienes y servicios, aparte del efecto Lofage que implica una reducción de 755 millones de pesetas, tenemos el traspaso de recursos financieros a la Agencia española del Medicamento, que implica 60,4 millones de pesetas. Esto hace que el capítulo 2 aparezca en el conjunto del departamento con una reducción del 4,8 por ciento, si bien se ha incrementado la dotación de la lucha contra el sida en 150 millones y la lucha contra el tabaquismo con un importe de 68,6 millones.

En el capítulo 4, de transferencias corrientes, que hay un aumento del 8,5 por ciento respecto al presupuesto de 1997, me limitaría a mencionar el aumento de los créditos destinados al sida, que implica unas dotaciones nuevas para el plan multisectorial por importe de 1.025 millones de pesetas. También en este capítulo, y para coordinar otros programas de promoción y prevención de la salud, se establece un nuevo crédito por 375 millones más otros ajustes de 65 millones que completan la variación que se refleja en el cuadro general.

Las transferencias a organismos autónomos ya se examinarán con posterioridad. Por último el total de transferencias dirigidas al Insalud para financiación experimental respecto a 1997 una subida —ya lo comenté antes— de 274.000 millones en números redondos, que supone una variación porcentual del 8,5 por ciento. Me refiero a las transferencias dirigidas en este capítulo al Insalud.

Capítulo 4, inversiones reales. La inversión de los distintos centros gestores del departamento experimenta un incremento global de 124 millones, pero de aquí hay que deducir de nuevo el efecto Lofage, que supone 183 millones y el traspaso de algunos recursos financieros a la Agencia española del Medicamento, 7 millones; de manera que el capítulo 6 refleja para el departamento sólo un incremento del 0,7 por ciento, debido a estos dos efectos combinados.

El capítulo 7, transferencias de capital, experimenta una sensible subida del 32,8 por ciento, y se debe fundamentalmente a las transferencias externas en parte, un incremento de 1.094 millones, que es el convenio suscrito con Canarias a efectos de financiación de centros sanitarios, y es el último ejercicio en que se lleva a cabo esta transferencia. Y en el sector de organismos autónomos, como se ha comentado, el Instituto Nacional de Consumo experimenta en este capítulo un crecimiento de 20 millones de pesetas, luego comentaré a qué se destinan. El Instituto Carlos III también supone un incremento en 249 millones a favor del FIS y 381 millones dedicados a los laboratorios. Finalmente la transferencia a favor del Insalud para inversiones reales en el ámbito de la gestión directa experimenta un crecimiento de 6.300 millones, es decir, el 23,6 por ciento sobre el equivalente al año 1997. En su conjunto, como he dicho, el presupuesto del departamento experimenta una subida del 8,6 por ciento.

Las dos cuestiones más relevantes del presupuesto —como también ha explicitado en su preguntas— y que justifican muchos de los pequeños cambios que aparecen en el presupuesto son, por una parte, la creación de la Agencia española del Medicamento como un organismo público dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyos recursos, procedentes tanto de la Dirección General de Farmacia como del Instituto de Salud Carlos III, concretamente del Centro Nacional de Farmacobiología, se han incluido en el programa 413.B, oferta y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Por otra parte —luego entraré un poco más en el detalle—, se han refundido las actividades, objetivos y recursos de los programas que antes eran 413.C, sanidad exterior, y 413.G, coordinación general de salud, en un solo programa, que es

el 413.C, sanidad exterior y coordinación general de salud. Evidentemente, aquí la razón es clara, es la aplicación de la Lofage, que prevé la integración de los servicios periféricos del Ministerio, entre ellos la sanidad exterior en las delegaciones del Gobierno. Por tanto, los recursos destinados a servicios periféricos se han situado en el Ministerio de Administraciones Públicas y los correspondientes a los servicios centrales han pasado a formar parte de este nuevo programa 413.C, sanidad exterior y coordinación general de salud. Todo esto justifica, como digo, algunas de las diferencias que se aprecian en el presupuesto.

Voy a entrar en la cuestión de objetivos o justificación del presupuesto en lo que inicialmente se refiere a la potenciación de la sanidad exterior y la coordinación de la política de promoción de la salud, que es el programa 413.C, sanidad exterior y coordinación general de salud, y se dota en 1998 con 3.800 millones de pesetas, en números redondos, incluido lógicamente lo que se transfiere al Ministerio de Administraciones Públicas. Aquí, el elemento fundamental es, sin duda, el plan multisectorial de lucha contra el sida, para el que se ha previsto un incremento global específico para este año de 1.178 millones de pesetas, en su conjunto. Voy a desglosar algunas de las actividades a que se va a destinar este programa. En concreto, son cuatro: actividades relativas a la lucha contra el sida, 664 millones de pesetas, que serán manejados directamente por el Ministerio para abordar una parte del problema del sida, fundamentalmente la promoción integral de los enfermos de sida mediante actuaciones de coordinación, prevención, asistencia, formación, investigación y vigilancia epidemiológica, y se destinan —dicho de forma muy escueta— a campañas de prevención dirigidas a la población en general, campañas de abaratamiento y distribución de preservativos en el medio sanitario, introducción de contenidos de educación para la salud en proyectos educativos en los centros de enseñanza, convenio con el Instituto de Salud Carlos III para la realización de un estudio sobre seroprevalencia y estudios y convenios con otros agentes. Otro de los apartados a que se destinan estos recursos son transferencias a las comunidades autónomas para toda clase de gastos, incluidos los de personal, que originen los programas autonómicos derivados del Plan nacional sobre el sida. Nosotros hemos considerado que el Ministerio debía tener una palanca —que, lógicamente, son recursos financieros— para poder llevar a cabo una política global y coordinada en materia de sida, y en ese sentido planteamos un modelo similar al del Plan nacional sobre drogas. Es decir, si nosotros tenemos recursos financieros para derivar a las comunidades, nuestra capacidad de influir sobre el uso de esos recursos, lógicamente será mayor que si hacemos un plan no sustentado con recursos propios. Por otra parte, dado que un porcentaje muy importante de los afectados por VIH —hasta un 64 por ciento— tiene relación directa con el consumo de drogas por vía intravenosa, pensamos que la sinergia de ambos planes, nacional sobre drogas y del sida, pueden producir un impacto mayor en el control de la epidemia. La tercera parte en que se divide este dinero destinado al sida en este ejercicio 1998 lo manejarán instituciones de cualquier titularidad, como dijo S. S., sin

ánimo de lucro, para financiar programas de prevención y control del sida. Es evidente que esos recursos van destinados fundamentalmente a las organizaciones no gubernamentales, porque consideramos que son un elemento imprescindible para el desarrollo de actuaciones complementarias y coherentes con las que realizan las propias administraciones públicas. Es sobradamente conocido que las organizaciones no gubernamentales llegan muchas veces con más facilidad allí donde a la Administración le cuesta llegar; de manera que trabajar con este instrumento es útil. Esto no significa que esa partida concreta del plan sean los únicos recursos que lleguen a las organizaciones no gubernamentales porque, evidentemente, también llegan recursos a través de las comunidades autónomas y de otros programas del Ministerio. Finalmente, hay una cantidad de 255 millones de pesetas para coordinar con otros agentes de cualquier titularidad en el desarrollo del Plan multisectorial de lucha contra el sida; se refiere al Estado, comunidades autónomas, municipios, colegios profesionales y organizaciones ciudadanas. Aquí estamos hablando, fundamentalmente, de departamentos del Gobierno, Trabajo, Educación y también Interior. Estamos muy interesados en impulsar la prevención del VIH en los centros penitenciarios, un tema que exige atención prioritaria porque no sé si S. S. conocen que hay un porcentaje de casi el 25 por ciento de seropositivos entre los reclusos españoles. En conjunción con municipios, colegios profesionales y organizaciones ciudadanas se va a impulsar el desarrollo de servicios de atención domiciliaria y el incremento de centros para enfermos en situación terminal, con objeto de disminuir no solamente el impacto económico que ejerce el sida sobre el sistema sanitario, sino también el enorme problema social y humano que se genera en el manejo de los enfermos en situación terminal. Esto en lo que se refiere al sida.

Respecto a los programas de prevención y promoción de la salud, cuestiones en las que también hacemos un esfuerzo —evidentemente, yo no voy a decir que es importante, porque siempre puede serlo más— por lo menos creo que iniciamos una tendencia —que yo espero continúe— de dedicar más recursos a los programas preventivos, puesto que estamos convencidos —y no solamente por consideración de tipo económico— de que, en la medida que el coste asistencial de estas enfermedades se hace tan espectacular, la prevención, que siempre es rentable, lo es mucho más. De manera que nosotros aquí iniciamos un giro —y repito que lo vamos a continuar— de esfuerzo preventivo sobre el sida, pero también sobre otras enfermedades: enfermedades que aparecen como nuevas, en algunos casos; en otros, no son nuevas, pero se recrudecen, como es el caso de la tuberculosis. Al hablar de enfermedades nuevas y no infecciosas, en este caso, me estoy refiriendo a la anorexia y a la bulimia; infecciosas, en España, y que no son nuevas pero que cambia el patrón epidemiológico, la meningitis, por ejemplo; y hay otras enfermedades que no tenemos en España, de momento, y esperamos no tenerlas, pero respecto a las que tenemos que desarrollar, como es lógico, actuaciones de control por motivos evidentes y elementales. Estamos hablando de la enferme-

dad de Creutzfeldt-Jacob en relación con la encefalitis espongiforme, del virus ébola o estamos hablando del cólera. Son programas para los que tenemos que mantener, lógicamente, una vigilancia especial. En relación con estas enfermedades emergentes, las actuaciones a que van destinados los 375 millones de pesetas que se dedican por parte del Ministerio se dirigen a acciones concretas del tipo de vigilancia epidemiológica, información microbiológica y proyectos de concreción de la evidencia científica, es decir, protocolos de consenso. Es importante la labor del Ministerio sobre los mecanismos de consenso entre todas las comunidades para abordar este tipo de enfermedades emergentes y, por supuesto, en los programas de educación para la salud destinados a la población de especial riesgo. Destinamos también casi 69 millones de pesetas —repito, nunca suficiente— a la lucha contra el tabaquismo, que es una de las principales actuaciones que queremos abordar en el año 1998.

En lo que se refiere a la Agencia del Medicamento, el programa 413.B incorpora los recursos para la Agencia, con una dotación global de 1.700 millones, y un incremento de 766 millones de pesetas. El presupuesto de la Agencia —al que antes ha hecho mención— es de 802 millones, que proceden en parte de aquí y en parte de los ingresos que genere la Agencia. Luego comentaré esta cuestión, aunque ahora diré que la manera de generar ingresos por parte de las agencias no difiere en absoluto de la de otras agencias europeas; por tanto, creo que, en ese sentido, nos movemos en línea con la experiencia de la mayor parte de los países de la Unión Europea.

En lo que se refiere a defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, el programa 443.B de ordenación del consumo y fomento de la calidad —al que también hizo referencia S. S.—, cuenta con una dotación global de 825 millones de pesetas y tiene un incremento respecto a 1997 de 31,2 millones, se destina especialmente a realizar inversiones para la adecuación del centro de investigación y control de calidad a la normativa que dicta la Unión Europea en materia de acreditación de este tipo de centros. Por otra parte, el programa 443.C, protección de los derechos de los consumidores, está dotado con 809 millones de pesetas, tiene un incremento de 30 millones y se dirige fundamentalmente a reforzar la financiación de las publicaciones para información a los consumidores, especialmente sobre los efectos de la introducción del euro, y también para dotar al Consejo de consumidores usuarios de medios más acordes para su funcionamiento. Esto puede parecer insuficiente. A nosotros nos gustaría dedicar siempre más dinero a los consumidores, pero estamos hablando de cifras que tienen cierta importancia dentro de un presupuesto que, en su conjunto, es modesto y siempre ha sido así.

En los últimos años, el tema del consumo está adquiriendo una especial relevancia en Europa. Es cierto que la situación de España arrastra peculiaridades respecto a la situación de otros países europeos, tiene menos tradición y el movimiento tiene menos fortaleza, pero este cambio de tendencia no resulta sencillo. Sin embargo, no es sólo colocando más recursos o añadiendo subvenciones sino que

quizá haya que hacer algo más, porque no es éste el único camino para reforzar el movimiento de consumidores. Mantenemos estrechísimos contactos con ellos, y las actuaciones que realizamos no sólo tienen componente económico. Creemos que aportamos soporte suficiente como para que sus actuaciones puedan tener el mayor impacto sobre los consumidores. Se puede mejorar mucho, y nos gustaría que las organizaciones o la estructura del consumo en España empezara a parecerse a la estructura del consumo en otros países de la Unión Europea.

En lo que se refiere a investigación y control sanitarios, tenemos el programa 411.B, formación y salud pública y administración sanitaria. Genéricamente comparto su inquietud por la formación, pero es cierto también que el Instituto de Salud Carlos III y la Escuela Nacional de Sanidad no son los únicos oferentes de programas de formación. Teniendo en cuenta que todas las comunidades autónomas han sido muy propensas a montar dispositivos formativos, un mínimo de responsabilidad exige el estudio del mercado y ver que no se dediquen entre todos más recursos de la oferta que razonablemente se pueda dar y la demanda que pueda existir; de manera que en esto sí hemos sido conservadores y mantenemos los mismo niveles que en 1997. Además, estamos estudiando fórmulas de coordinación mucho más estrechas con el resto de instituciones dedicadas a la formación de personal en materia de salud pública en la Administración sanitaria, con objeto de conseguir algunas economías de escala que permitan ser mucho más eficientes, en vez de la dispersión que hasta ahora venía existiendo y que siempre es complicado resolver, porque todo el mundo quiere mantener su presencia y un elevado grado de discrecionalidad en el manejo de los programas formativos.

En lo que se refiere al programa 142.H, investigación sanitaria, ha sufrido cierta baja como consecuencia de la Agencia española del Medicamento y por la incardinación en la misma de la totalidad de los recursos del Centro Nacional de Farmacobiología. La financiación de las acciones dirigidas a la investigación sanitaria para 1998 se ha fijado en 13.600 millones de pesetas, en números redondos, experimentando un incremento de 1.090 millones respecto al año anterior, y se dirigen a tres cuestiones fundamentales. Primero, a reforzar el funcionamiento de los laboratorios de control e investigación del complejo de Majadahonda, con un incremento de crédito de 47 millones de pesetas. En segundo lugar, una nueva partida destinada al cumplimiento de las obligaciones derivadas del convenio suscrito con el Insalud, respecto al Hospital Carlos III, Centro de investigación clínica y medicina preventiva, con un importe de 210 millones, y otra partida de otros 210 millones para atender estas mismas atenciones pendientes de ejercicios anteriores. En tercer lugar, para elevar los créditos para inversiones, que pasan de 117 millones, en 1997, a casi 500 millones de pesetas, en 1998, para mejorar las instalaciones, la rentabilidad y productividad de los laboratorios de ambos complejos, Chamartín y Majadahonda, y para su adecuación a la normativa de la Unión Europea. Finalmente, se propone un aumento de los créditos destinados a investigación sanitaria de I+D, en 300 millones de

pesetas, que implica un 5,9 por ciento sobre las dotaciones de 1997, para becas y proyectos de investigación del fondo de investigación sanitaria.

Me había hecho una pregunta en relación con la disminución aparente del capítulo 7, transferencias de capital externas, que subió 250 millones, pero de dedujeron 500 millones que pasaron a inversiones reales para que el FIS pudiese hacer sus propios programas. Esto en relación con la modificación de los recursos que antes venían del Insalud y ahora van directamente destinados del Ministerio al Instituto Carlos III, de manera que así como el Instituto de Salud Carlos III crece en su conjunto el 8,2 por ciento, el FIS crece el 5,9 por ciento, que es lo mismo que las inversiones reales del Estado. De paso diré porque me lo he saltado, que consumo crece en su conjunto el 3,9 por ciento, que es ligeramente superior al crecimiento de los presupuestos del Estado que son el 3,2 por ciento, como conocen SS. SS.

Dicho esto, quiero comentar las cuestiones que se refieren a la ley de medidas de acompañamiento, tanto en lo que de refiere al artículo 78, creación de la Agencia del Medicamento, como al artículo 96 en relación con las modificaciones que se introducen en la propia Ley del Medicamento.

En cuanto a si la Agencia supone una devaluación respecto al *status* vigente, tengo que contestar que no a esta inquietud, entre otras cosas porque queremos lo contrario y porque, además, queremos movernos en el sentido de las agencias que ya llevan tiempo funcionando en otros países europeos. La decisión de crear la Agencia del Medicamento ha venido madurándose a lo largo de varios años y ahora cristaliza. Es una decisión estratégica del Ministerio que tiene relación con el conocimiento que empezamos a tener del nuevo papel que esas estructuras tienen ante las exigencias del mercado europeo, en cuanto a flexibilidad y agilidad, y para tener una presencia más activa en Europa, una mayor protección de cara a terceros países —estamos pensando fundamentalmente en países iberoamericanos— y para defender en lo que sea razonable los intereses de nuestras propias empresas. Ésos son los motivos, especialmente este último, que inspiraron la creación de agencias en otros países europeos, que quedan recogidos en los textos donde se crean estas agencias. Estoy pensando en los textos donde se crean las agencias del Reino Unido, Francia, Suecia o Finlandia. En la actualidad disponen de este tipo de estructura, muy parecida a la que nosotros planteamos, si bien es cierto que nosotros hemos orientado más la conformación de la agencia a la manera en que está organizada en Francia, sin embargo las agencias tienen una estructura bastante similar. Todos los países de la Unión Europea, excepto nosotros hasta este momento con Italia, Luxemburgo, Bélgica y Austria, tienen ya estructura de tipo agencia. Somos casi los últimos en movernos en este sentido, un sentido que, además, es esencial porque está demostrado que es la estructura tipo agencia más eficaz y la que da más presencia a un país determinado en el contexto de la política industrial farmacéutica, en el conjunto de la Unión Europea. En 1995-1996, como un dato que puede servir de referencia, de los miembros del comité de espe-

cialidades farmacéuticas como ponentes o componentes del proyecto centralizado, en el 80 por ciento de los casos las evaluaciones las han realizado representantes de las administraciones con estructuras tipo agencia, lo cual demuestra la capacidad operativa que repercute en la credibilidad científica del país.

En el procedimiento descentralizado de reconocimiento mutuo de la adopción de medicamentos, que cada vez se utiliza con más frecuencia, España nunca ha participado como país de referencia. Hace unas semanas hemos iniciado el primer procedimiento de que somos país de referencia. Sin embargo, no sólo no participando como país en las referencias, el procedimiento descentralizado, en un 70 por ciento de los procedimientos que se han hecho en otros países se solicitó el reconocimiento de estas evaluaciones en nuestro país. De continuar esta tendencia, y la agencia es fundamental para romper la tendencia, España se convertiría en un país consumidor de los medicamentos que se evalúan en otros países. Pudiera no tener trascendencia, desde el punto de vista sanitario, pero sí la tiene en lo que significa disminuir nuestras posibilidades de promover medicamentos de investigación española. Con el paso del tiempo significa la pérdida de los equipos científicos de las empresas que se establecerán en la cercanía de las administraciones con capacidad de dar respuestas ágiles. Es justamente este interés, yo diría estratégico, de dar respuestas ágiles y situarnos en un nivel de competitividad similar al de otros países, lo que ha motivado la creación de la agencia de tal manera que evite los problemas de coordinación de estructuras que están separadas, que arrastran desde hace ya algunos años. No solamente se hacía la evaluación en el centro de farmobiología, también se hace evaluación en el propio Ministerio, así que las competencias están dispersas entre los distintos órganos de la Administración, los propios clientes de la Administración son conscientes de las dificultades prácticas que esa dispersión está generando y de hecho son los propios clientes los que ven que esta nueva estructura puede permitir una mayor agilidad en el manejo de los registros y en la evaluación de los productos.

Es cierto que nosotros mantenemos y queremos mantener una separación nítida entre lo que es la capacidad técnica de evaluación y control que recae sobre la Agencia del Medicamento, de lo que es la capacidad de decisiones que tienen que ver con la política industrial y que mantiene la Dirección General de Farmacia y, por tanto, el departamento. En cualquier caso, la Agencia que pasa a depender directamente de la Subsecretaría consigue el efecto de coordinar todas las labores que estaban dispersas previamente, pero no pierde ni un ápice de nivel ni de operatividad, precisamente por la ubicación que tiene y además recordar que las labores de evaluación las hacían tanto en el Ministerio como en el Instituto de Farmacobiología con un nivel inferior, eran tareas encomendadas a las subdirecciones generales, de manera que en ese sentido no hay ninguna devaluación.

Tampoco creo que haya mayor encorsetamiento porque una parte muy importante de las funciones que hace la Agencia —las que realmente son sustanciales, lo otro es

mucho más técnico— proceden de la Dirección General de Farmacia y en ese sentido mejora y se da mucha más flexibilidad al funcionamiento del servicio.

No tengo ningún reparo en reconocer que personalmente me gusta forzar mucho más la flexibilidad de las organizaciones, pero se llega hasta donde razonablemente se puede, creo que razonablemente la Agencia va a tener un buen funcionamiento y, desde luego, vamos a ofrecer mejor servicio del que se está ofreciendo hasta este momento.

En lo que se refiere a la Ley del Medicamento, artículo 96 de la ley de medidas, el tercer párrafo (voy a ver si lo tengo porque voy a contestar a su preocupación con referencia a la obligación de sustituir medicamentos equivalentes biológicamente por parte del farmacéutico) dice que efectivamente el farmacéutico, entre medicamentos que sean bioequivalentes, deberá dispensar aquel que tenga el precio más barato. Esto es absolutamente coherente con el interés que hemos manifestado desde hace tiempo en avanzar equilibrada pero rápidamente en el desarrollo de un mercado de genéricos. Por tanto, tenemos que movernos tanto en el establecimiento de incentivos como en el establecimiento de disposiciones que de alguna forma promuevan este desarrollo. No queremos bajo ningún concepto, y no lo hacemos, interferir en la libertad de prescripción del facultativo, pero es cierto que muchos facultativos han reconocido que ellos no tienen ningún problema, y mucho menos ético, cuando lo único que se propone es que entre medicamentos que son exactamente iguales en su comportamiento desde el punto de vista biológico se puedan sustituir. Eso no altera nada y creo que los propios facultativos así lo reconocen. Hacerlo de otra forma sería incidir en una serie de motivos en los cuales no voy a entrar y me parece que ahí sí que habría un problema para el que pensase de esta manera.

Por otro lado, en lo que se refiere a los pacientes, el párrafo anterior y la introducción del nuevo párrafo 3 del apartado 6 de la Ley del Medicamento, que ya digo es el artículo 94, dice que con excepción de lo que se dice en el párrafo anterior, el 2, permite que si el paciente quiere un medicamento de marca el sistema simplemente financia hasta donde establece el precio de referencia. También hablamos nosotros del precio de referencia y por tanto en esta ley introducimos una serie de modificaciones que nos permiten avanzar en el precio de referencia que al mismo tiempo es avanzar en el desarrollo del mercado de genéricos.

Creo que es correcto el precio máximo de referencia. La experiencia no demuestra que los laboratorios propendan a colocar el precio máximo; al revés, nos estamos encontrando con que está habiendo cierta propensión a bajar los precios en aras de la competencia y justamente nosotros procuramos lo contrario, estamos dispuestos a que bajen los precios, pero lo que nos preocupa es que no baje la calidad; es decir, nuestra preocupación no es que suban los precios, es justamente que bajando no disminuya la calidad, es justamente la contraria. Si pusiéramos precios mínimos probablemente se irían todos para arriba, de manera que creo es correcta la referencia a un precio máximo.

Me ha hecho una pregunta que no le voy a contestar ahora y lo haré más adelante en relación con el artículo 37, la asistencia a extranjeros. Me voy a disculpar porque no es una iniciativa del Ministerio de Sanidad, que está mirando justamente en estos momentos si va a tener implicaciones reales, en cuyo caso informaríamos a S. S. en el caso de que tomásemos una iniciativa al respecto. No es una iniciativa, en cualquier caso, del Ministerio de Sanidad.

Voy a repasar brevemente las preguntas que me hizo sobre los programas por ver si a alguna no he contestado cuando he hecho una referencia general al presupuesto del departamento, pero creo que prácticamente he contestado a todas. Las transferencias a Canarias en relación con la última anualidad del hospital del Pino y el tema del sida creo que los he comentado. Las becas del Ministerio también se podían efectivamente unificar. Lo miraremos, no es un gran problema pero podía verse de esta forma.

El asunto que también ha comentado en relación con el clínico de Barcelona es mucho más complejo de lo que nosotros mismos nos imaginamos cuando empezamos a estudiarlo. No es tan sencilla su transferencia, aunque todos la deseamos, de manera que hemos pospuesto ese proceso en este ejercicio y seguiremos por el mecanismo previo en la búsqueda de una solución efectiva a un problema que es francamente enrevesado.

Si he dejado algo sin contestar en la réplica lo haré encantado.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora García Manzanares. Le pido brevedad porque quedan más intervenciones.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Señor presidente, lo voy a intentar.

En primer lugar, quiero agradecer al señor subsecretario el esfuerzo de respuesta y el esfuerzo de sinceridad —efectivamente se lo reconozco— que ha hecho, pero ha dejado algunas cositas sin contestar que creo importantes y son las que le voy a reiterar.

Primero nos ha planteado una explicación del incremento de la aportación del Estado para el Ministerio y agradezco sinceramente su explicación. No hemos tocado este tema porque va a ser analizado en la siguiente comparecencia del señor Núñez, sin embargo hay una cosa muy importante que efectivamente ha dicho el señor subsecretario y es la explicación veraz y correcta: lo que crece es la aportación del Estado y disminuyen las cuotas de la Seguridad Social. Ésa es la explicación veraz y correcta y no la escandalosa presentación que hizo el señor De Rato cuando dijo que el crecimiento del gasto era del 8 por ciento y se quedó tan ancho. Le agradezco mucho esa sinceridad.

Hay cuestiones que no me ha respondido y sí me parecen importantes. En el programa 542.H de investigación el capítulo 2, la gran disminución que hay del capítulo 2, si recuerda es desde 6.189 millones a 1.500, hay cuatro mil y pico millones de disminución en gastos corrientes que parece tienen alguna importancia para el de-

sarrollo de las actividades de investigación. Es una de las cuestiones.

Respecto al programa de consumo, había alguna pregunta muy concreta, ¿cuándo se va a dotar al Consejo de Consumidores y Usuarios de personalidad jurídica de la que hablan y con qué partida? ¿Cómo se va a hacer la potenciación arbitral del consumo, con qué actividades, con qué partida presupuestaria?

Con respecto a la Agencia del Medicamento, vuelvo a agradecerle su sinceridad en la explicación que ha dado. Ha dicho algo extraordinariamente claro: uno de los objetivos es defender a las empresas españolas, y eso está muy bien; incluso eso podría hacerlo también el Ministerio de Industria y Energía. La cuestión aquí es saber si la defensa de las empresas españolas supone también defender el sistema sanitario.

Asimismo, respecto de la Agencia, ha habido una cosa que no me ha aclarado: las fuentes de ingresos que va a tener y cómo es posible que el organismo que va a decidir sobre el registro de los medicamentos y su financiación pública vuelva a financiarse a su vez por aportaciones de particulares, privadas, por donaciones o por convenios. Nos preocupa cómo se puede compaginar todo eso.

Hay una pequeña cuestión a la que no me ha respondido. En la disposición decimocuarta, cuando habla del alta en la Seguridad Social de los trabajadores, quisiera que me explicara el objetivo de esta disposición de la ley de acompañamiento, que dice: Los trabajadores por cuenta propia que a partir de la entrada en vigor de esta ley soliciten el alta en el correspondiente régimen de Seguridad Social y opten por acogerse a la cobertura de incapacidad temporal, deberán formalizar la misma con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Quisiera que me explicara qué objetivo persigue esta disposición.

Con respecto a la modificación de la Ley del Medicamento, estoy de acuerdo con sus explicaciones, pero una cosa es que podrán los farmacéuticos hacer ese cambio y otra cosa es que deberán. Ésa era la cuestión, señor subsecretario.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Algunas preguntas, concretamente la de investigación, para no rebuscar mucho entre los papeles, porque tiene una explicación sencilla, se la voy a pasar por escrito, porque no vamos a perder mucho tiempo en este tema. Sin embargo, voy a contestarle al resto.

Sobre el sistema arbitral, se ha establecido una campaña de promoción tanto en el año 1996 como en 1997. Se acaba de convocar un concurso de promoción que asciende a 75 millones de pesetas. En el año 1998, se intentaba dedicar una cantidad un poco más alta en función de cierta modestia que tienen los incrementos presupuestarios, de manera que tampoco haremos una gran campaña, pero sí una razonable campaña de promoción. Se ha llevado una

negociación intensa con las 57 juntas arbitrales, cuyos resultados son bastante favorables.

En relación con la defensa de las empresas españolas —me refiero a los laboratorios españoles—, creo que es una política que practican todos los países, en cierto sentido, y dentro de lo que es razonable. Yo creo que tiene ventajas directas e indirectas sobre nuestro propio sistema. Pienso que nuestra sanidad se beneficia de una investigación cercana. Ayer me decía un representante de un laboratorio que somos un país con muy buenos investigadores, pero con menos recursos de lo que sería deseable en investigación. Si nosotros no tomamos medidas que, al menos, mantengan nuestro potencial investigador, en este caso, propio de las empresas los laboratorios españoles, de nada servirá que intentemos por otras vías incorporar nuevos recursos a la investigación. De manera que, en la medida en que la investigación tiene consecuencias prácticas y, además, algunas a corto plazo sobre el propio sistema, a través de sistemas novedosos, yo creo que defendiendo esas empresas también defendemos nuestra propia sanidad.

Sobre la cuestión de las fórmulas de financiación de la Agencia, diré que no es ningún invento, puesto que se hace en todos los países. Aparentemente puede tener algunos riesgos, pero yo creo que nuestra misión es la de incorporar, con la mayor imaginación posible, fórmulas de financiación que permitan mejorar los recursos que se destinan a esa actividad. El impacto final, lo que nosotros buscamos, es justamente efectividad, rapidez y garantizar la seguridad y la eficacia de los medicamentos. Si nosotros somos capaces de garantizar esto, y debemos ser capaces de hacer que, entre otras cosas, incorpore estructura que favorece esta cuestión, porque va a permitir incorporar especialistas de una forma puntual en función de los distintos medicamentos que interese o se proponga registrar en momentos determinados; si nosotros mejoramos en el funcionamiento de nuestra evaluación, de nuestro control sobre el medicamento, deberíamos preocuparnos menos del origen de esos recursos, sobre todo porque conseguimos más. Yo creo que, hasta ahora, uno de los problemas que hemos tenido es que no hemos podido disponer de suficientes recursos para hacer una buena, rápida y eficaz evaluación.

El asunto de las mutuas es una iniciativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por lo que no voy a contestar a esta cuestión.

Con respecto a los genéricos y a la palabra deberá, justamente es lo que queremos nosotros decir: deberá. Es más, en una redacción previa había otro término, y nosotros insistimos en que tenía que aparecer la palabra deberá, que refleja perfectamente lo que nosotros pensamos al respecto.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, que también ha solicitado la comparecencia del señor subsecretario, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: Señor subsecretario, en nombre de mi grupo le doy las gracias por haber accedido a nuestra solicitud de comparecencia en esta Comisión

para explicarnos los presupuestos del Ministerio al que representa.

En primer lugar, quisiera señalar que los presupuestos de sanidad son, junto con los de educación, los destinados al fomento del empleo y los de medio ambiente, los que para el Gobierno han merecido prioridad. Así, dentro de lo que ha significado la aplicación del principio de austeridad en el gasto a los Presupuestos Generales del Estado para 1998, el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo crece, y, además, lo hace por encima de la media.

Como creo, señor subsecretario, que este aspecto del presupuesto es el más importante, antes de entrar en otros aspectos del mismo y de analizar otros detalles debo pedirle que aclare, en esta su comparecencia, si el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo crece y, si es así, nos explique en qué cuantía, sobre qué base, qué parámetros se han utilizado para el cálculo de dicho aumento, aunque esto sea reiterativo. Es muy importante que nos aclare esta cuestión, como importante es que también nos aclare que cuando se dice que la sección 26, que es la que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, incrementa su dotación presupuestaria en un 8,6 por ciento sobre el presupuesto del año 1997, el Gobierno está manifestando que ésa es la realidad presupuestaria de este Ministerio para el año 1998. Si ello es así —y usted nos lo aclarará—, si ese incremento, por ende, se deriva fundamentalmente de las transferencias del Estado a la Seguridad Social, creo, señorías, que es indicado manifestar que la dotación presupuestaria del Ministerio de Sanidad y Consumo para el ejercicio de 1998 es de un 15,3 por ciento del total, la segunda en importancia cuantitativa de todo el presupuesto después de la deuda pública y, además, la más relevante en términos no financieros, pues supone prácticamente un 20 por ciento del total.

Si este incremento se deriva, como hemos dicho, de las transferencias del Estado a la Seguridad Social, también se estaría cumpliendo rigurosamente con uno de los requisitos que todos los grupos parlamentarios hemos demandado: que sea un presupuesto sostenible. El Estado en este momento está ahondando en la separación de la fuente de financiación de la Seguridad Social, que aumenta, por un lado, según hemos dicho, un 86 por ciento del volumen de los recursos destinados a financiar la asistencia sanitaria del Insalud y, al mismo tiempo, como también se ha dicho, reduciendo la aportación de la Seguridad Social del 5,6 por ciento en el año 1997 a un 2,8 en el año 1998 del presupuesto del Insalud, por lo que es claro que se avanza en el cumplimiento del Pacto de Toledo, que se avanza en la garantía de la futura supervivencia del sistema de pensiones.

Señor subsecretario, ¿podría explicarnos si la Ley de organización y funcionamiento de la Administración del Estado, la llamada Lofage, ha incidido, como ya hemos visto en la anterior exposición, en la sección 26, en los presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 1998? Si es así, le ruego que manifieste brevemente en qué capítulos se han visto afectados, en qué grado, y en qué sectores y subsectores.

Pasando a analizar de forma desagregada este presupuesto, es claro que este capítulo, el capítulo IV, transfe-

rencias corrientes, es el principal componente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que participa de un 98,5 por ciento del total, y asciende a tres billones 533.780 millones de pesetas, de los cuales, como hemos dicho, la Seguridad Social recibe tres billones 520.322 millones, destinados en su totalidad al Insalud, en su mayoría para la financiación de operaciones corrientes; esto significa que se experimenta un crecimiento, en relación con el año 1997, del 22,3 por ciento.

Para financiar operaciones de capital se menciona también que las transferencias de capital destinadas a la Seguridad Social se incrementan en un 23,6 por ciento, 33.050 millones de pesetas más que el presupuesto inicial del año 1997; además, señor subsecretario, observo también un incremento importante en la transferencia de capital al organismo autónomo Instituto Carlos III. ¿Puede el señor subsecretario ilustrarnos tanto en el valor de este incremento como en su significado y en los objetivos que persigue en su globalidad este capítulo IV, de transferencias corrientes?

Descendiendo a lo concreto, además de lo que ya he mencionado, considero importante que nos explique brevemente en qué consiste el plan multisectorial del sida, que es nuevo, con una dotación presupuestaria, como se ha dicho, de 1.025 millones de pesetas, e incrementa globalmente, sustancialmente también, los créditos destinados al sida.

Aunque sea un principio, pensamos que es bueno que se haya dotado presupuestariamente a un concepto como es la lucha contra el tabaquismo. Esperemos que éste sea un buen camino, y que el recorrido sea el acertado para evitar el gran derroche económico que, desgraciadamente, provoca no la lucha en sí contra el tabaquismo, sino el tabaquismo en sí mismo, indudablemente.

Considero un acierto los criterios de racionalidad que el Ministerio ha tenido en cuenta para que en estos presupuestos aparezcan nuevos programas, como se ha mencionado también: el 413B, el 413C y el 411B, que obedecen en unos casos a la creación de ese nuevo organismo que hemos mencionado, en otros a exigencias de la Lofage y en otros a agrupamientos de funciones y subfunciones por razón de sus objetivos. Además, en esos programas, señor subsecretario, observo, por ejemplo, que el 413B, llamado ahora oferta y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, integra, como ha quedado meridianamente claro, la Dirección General de Farmacia y la Agencia Española del Medicamento. La Agencia Española del Medicamento, como organismo público independiente adscrito al Ministerio de Sanidad, ha sido suficientemente explicitada en esta comparecencia, por lo cual quiero evitarle —a no ser que usted, señor subsecretario, tenga algún interés más— el ilustrarnos sobre su creación.

Respecto a este nuevo programa, el 411B, de formación de salud pública y administración sanitaria, le pediría una explicación sucinta sobre la unión de estos dos conceptos. Como saben SS. SS., desde el año 1993, y como consecuencia de nuestra pertenencia a la Unión Europea, España ha asumido importantes responsabilidades en el área de sanidad exterior, ya que al libre tránsito de mercancías, de

capital y de personas en el ámbito comunitario, se han unido las peculiaridades de nuestra situación geográfica, que hacen de España, como región fronteriza con la Unión Europea, un punto estratégico de singular importancia. De ahí mi interés, señor subsecretario, en saber si el nuevo programa 413C, llamado ahora sanidad exterior y coordinación general de salud, que engloba tanto a sanidad exterior como a coordinación general de salud, además de satisfacer las exigencias de la Lofage, satisface también las nuevas necesidades que se derivan de las peculiaridades mencionadas.

Ya que estamos inquiriéndole sobre aspectos de este programa, y aun sabiendo que las competencias sobre salud pública están transferidas a las comunidades autónomas, se ha dicho que el ministerio consigna una nueva dotación de 375 millones de pesetas, destinados a programas de prevención y promoción de salud, a desarrollar en colaboración con las comunidades autónomas y dirigidos a la vigilancia y control de enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia. ¿Podría ilustrarnos brevemente sobre este aspecto y estas enfermedades concretas?

¿Puede explicarnos los criterios que se han manejado para que el programa 411B cambie su denominación, llamándose ahora formación en salud pública y administración sanitaria? ¿Puede explicarnos, señor Castellón, cuáles han sido los criterios que han guiado al Ministerio de Sanidad y Consumo en la presupuestación global de los distintos programas de gasto, la filosofía del gasto, para el año 1998?

Pienso, señorías, que sería un buen colofón si el señor subsecretario completara esta información con la que hace referencia al ámbito del Insalud, sin perjuicio de la posterior comparecencia en esta sección del secretario general y presidente del mismo. Así, señor Castellón, solicitaría que respondiera a la pregunta de si existe una posibilidad real de que este presupuesto vea incrementadas sus dotaciones una vez se cierre el modelo de financiación por el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Desearía una explicación sobre la política que ha seguido el Ministerio para la contención del gasto sanitario. Igualmente, su opinión sobre si estos presupuestos para el año próximo persiguen unos objetivos claros, que tienen como final la consolidación del Sistema Nacional de Salud, o por el contrario —estoy convencido de que así no es, pero me gustaría que se explicara en este contexto— tratan de debilitar, incluso de intentar dismantelarlo. ¿Podría resumir en cinco o seis puntos lo más destacable de este presupuesto?

Si me lo permite la Mesa, podría —si no al señor Castellón— trasladar al secretario general del Insalud una serie de cuestiones referidas a la ley de acompañamiento, dirigidas concretamente a los artículos que le voy a mencionar: en el artículo 44, que hace referencia a la provisión de puestos de jefes de servicio y de sección de las unidades especiales del Insalud, para que explique las diferencias, si existen, entre la modalidad de provisión de estos puestos que está actualmente en vigor y la que se propone ahora, a través de esta ley de acompañamiento; el artículo 45, que hace referencia a las retribuciones de personal estatutario

del Insalud, y concretamente al complemento específico del personal facultativo, para que nos explique si hay diferencias entre la modalidad actualmente en vigor y la que se propugna en dicho artículo; el artículo 46 de la ley de acompañamiento, que habla de la contratación por parte de la Administración de facultativos para la prestación de servicios en atención continuada, según determinadas condiciones.

Por ser esta modalidad claramente innovadora, le rogaría bien que lo traslade al presidente del Insalud o nos explique qué datos objetivos se han manejado para introducir esta nueva modalidad de prestación en la asistencia sanitaria, en la atención continuada.

La disposición adicional vigésima hace referencia a la selección y provisión de plazas de FEA en el área del Insalud. Después de años, parece que la voluntad de las actuales autoridades sanitarias es dar cumplimiento a este mandato legal, que es la oferta pública de empleo, en el ámbito de la asistencia especializada. ¿Podría explicarnos los criterios y las características de esta próxima convocatoria? ¿Podría decirnos, señor Castellón, qué presupuesto tiene consignado el Insalud para la concertación con clínicas privadas y qué diferencia, qué porcentaje representa en comparación con el año 1997? Como ve son telegráficas y con dos preguntas más termino, señor presidente.

Una de ellas es de vital importancia y se refiere al capítulo de inversiones reales que aumenta un 16,45 por ciento, del cual un 21,55 por ciento se destina a atención primaria y un 14,31 a atención especializada. Es un presupuesto austero, pero el referido al Ministerio de Sanidad y Consumo aumenta en partidas concretas y en ésta de inversiones. ¿Puede contestar qué objetivos se pretende conseguir con este importante capítulo de inversiones reales?

Finalmente, ¿podría dar una explicación detallada de la disminución de la demora quirúrgica en atención especializada de los años 1997 y 1998?

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Si no tiene inconveniente, no repetiré lo que ya dije en la respuesta al anterior portavoz.

En cuanto a cómo queda el presupuesto y cómo se calcula, debo explicar que el del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1998, comprendidas las transferencias internas o entes subsectores a favor del Instituto Nacional de la Salud, así como las dirigidas a organismos autónomos del departamento, es decir, Instituto Nacional de Consumo e Instituto de Salud Carlos III, se ha fijado en tres billones 586.000 millones de pesetas, que supone una variación positiva de 8,6 por ciento sobre el presupuesto de 1997.

Respecto al efecto Lofage, se distribuye entre los capítulos 1, 2, 6 y 8 con el siguiente efecto financiero. En el capítulo 1 hay una deducción de 2.661 millones. En el capítulo 2, 355 millones. En el capítulo 6, 183 millones, y en el capítulo 4, 5.562 millones, lo que representa un 5,72 por ciento. Éste es el efecto del cumplimiento de la transferen-

cia de servicios periféricos al Ministerio para la Administración Pública.

En cuanto a las transferencias al Instituto Carlos III, aunque comenté algo quizá sea ahora el momento de ser más explícito. Se destina para el programa 542H la suma de 1.090 millones de pesetas, para reforzar los laboratorios y cumplir las exigencias de la Unión Europea, dando cumplimiento a las obligaciones derivadas de un convenio entre Insalud y el Centro de Administración Clínica, por 420 millones de pesetas. Se incrementa de 117 millones hasta 498 el dinero destinado a las instalaciones de los laboratorios, también para cumplir con los criterios de la Unión Europea. Finalmente, se incrementan en 500 millones de pesetas los créditos destinados a investigación sanitaria de I+D.

Me preguntaba S. S. si la unión de los programas de salud pública satisface las peculiaridades de las políticas del Ministerio. Facilita el manejo de los fondos destinados a salud pública y, además, incorpora nuevos recursos, no sólo en cuanto al sida, sino también a las enfermedades emergentes. También me pidió mayor explicitación sobre estas últimas. Le diría que estamos hablando, primero, de completar —que es la misión del Ministerio y las actividades desarrolladas por las comunidades autónomas— y coordinar esas actividades. Estamos pensando en problemas reemergentes como la tuberculosis; en problemas nuevos como los trastornos de alimentación: anorexia, bulimia; enfermedades que representan un cambio en el patrón etiológico, como la meningitis y otras que no nos afectan, pero tenemos que tener control de ellas.

Además, el proyecto ha de culminar de forma inmediata, después de la aprobación por el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea, una red de vigilancia epidemiológica. Los fondos se destinarán a actividades de vigilancia epidemiológica, control microbiológico, protocolo de actuación y consensos y programas de educación para la salud.

En cuanto a la posibilidad real de incremento de los presupuestos, el Ministerio de Sanidad, en función de los trabajos que está realizando y realizará en las próximas semanas el Consejo de Política Fiscal y Financiera a través de la subcomisión que estudiaba la reforma o las mejoras del Sistema Nacional de Salud, está a expensas de que en un órgano, en el que se perfilan todas las comunidades autónomas, se revisen y se estudien las posibilidades y mecanismos de reparto; de manera que mientras duran esos trabajos existe una posibilidad real de que se plasmen mejoras adicionales en la financiación del Sistema Nacional de Salud.

La respuesta a la pregunta de si los presupuestos debilitan el Sistema Nacional de Salud, e incluso a la de cómo están en estos momentos, es que son coherentes con la propuesta que se ha trabajado en la subcomisión y la del propio Ministerio de consolidar y reforzarlo, mejorándolo en algunos aspectos de su funcionalidad que no se encuentran adaptados a los tiempos que corren.

Sobre las iniciativas de la ley de acompañamiento en el ámbito de gestión del Insalud, no voy a entrar en ellas porque las desarrollará el secretario general. La mayor parte,

si no todas, responden a desarrollos de acuerdos con los interlocutores sociales, muchos de los cuales tuvieron lugar a raíz del último conflicto médico que sufrimos en nuestro país.

Si me pide un resumen de los cuatro o cinco puntos más importantes de estos presupuestos, en lo que se refiere al departamento, le diré que se contempla un aumento que está por encima del de los presupuestos del Estado y alcanza al incremento estimado del PIB. Hay una incidencia más decidida sobre actividades preventivas, en la medida en que aunque se habla de esto no siempre se lleva a cabo una labor sobre la prevención que permita —sobre todo es una inversión de cara al futuro— sacar más rentabilidad a los recursos, a casos que no podían haber sido prevenidos. Existe un esfuerzo importante en manejo de problemas acuciantes, médicos, en nuestra sociedad, como es el tema del sida. Es decir, no nos limitamos a la prevención sino que incrementamos los recursos destinados al manejo de la enfermedad y, sobre todo, al manejo de situaciones avanzadas de la enfermedad. Y asimismo, hay un incremento aunque sea modesto, en materia de investigación. También hay un avance rápido en una política de genéricos que ya habíamos anunciado.

Aprovecho la ocasión para comentar que a fecha de hoy ya hay 18 especialidades farmacéuticas genéricas que cuentan con autorización de comercialización y que se comprenden con seis principios activos. Hay otras 19 solicitudes genéricas que obtendrán en breve el conforme sanitario —ya figuran los primeros antibióticos—, y finalmente quiero señalar que 66 solicitudes han recibido algunas objeciones porque necesitan completar sus expedientes. En conjunto, este año confiamos en cumplir el compromiso de alcanzar 80 especialidades farmacéuticas genéricas. La modificación de la Ley del Medicamento es un elemento importante de estos presupuestos, la creación de la Agencia del Medicamento da respuesta a una necesidad estratégica de nuestra política farmacéutica y, finalmente, las iniciativas que antes comentó S. S. y que yo voy a pasar al secretario general para su desarrollo, que se refieren a innovaciones importantes, sustanciales en materia de personal y que responden a demandas largamente solicitadas por el personal facultativo del Sistema Nacional de Salud.

Yo resumiría en estos cinco o seis grandes puntos los aspectos más relevantes de este presupuesto.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Gil Melgarejo tiene la palabra.

El señor **GIL MELGAREJO**: Intervengo solamente para dar las gracias al subsecretario, don Enrique Castellón, por las respuestas que ha dado a mis preguntas, y también dar las gracias a la Mesa. Hay una serie de preguntas concretas sobre las que me gustaría obtener respuesta, en caso de que así fuera posible, que son las de la ley de acompañamiento y alguna que otra que hace referencia al Insalud.

El señor **PRESIDENTE**: Terminada la comparecencia del señor subsecretario, le agradecemos su interven-

ción, que esperamos haya sido clarificadora para todos los grupos.

— **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJOO). A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000940.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día: Comparecencia del señor secretario general de Asistencia Sanitaria. Damos la bienvenida al señor Núñez Feijoo. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, para lo cual tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Bienvenido, señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

Tal y como ya hemos indicado en la comparecencia anterior, esta sesión es de extraordinaria importancia, dado que en los Presupuestos Generales del Estado, y en concreto en lo que se refiere a esta Comisión —todo lo relacionado con sanidad y salud—, es el momento de fijar las prioridades políticas, de ver cuáles son las líneas del Gobierno y qué es lo que hay detrás de las palabras que habitualmente se pronuncian. Por eso agradecemos su presencia aquí, señor secretario general de Asistencia Sanitaria, y vamos a desglosar un listado largo de cuestiones porque realmente creemos que es un tema que afecta profundamente a todos los ciudadanos y que, por tanto, es conveniente aclarar algunos aspectos.

Dado que existen dos elementos distintos, la Ley sobre medidas fiscales, administrativas y del orden social y los presupuestos del Instituto Nacional de Salud, vamos a separar estas cuestiones, empezando por el tema de la Ley sobre medidas fiscales, administrativas y del orden social.

En las modificaciones que se proponen en esta ley de acompañamiento, como tradicionalmente se la conoce, se señala en el artículo 37 el problema de la asistencia a extranjeros. Así se titula. Me gustaría que el señor secretario general nos aclarara qué relación tiene esto con las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social como, por ejemplo, la sanidad; es decir, ¿este artículo afecta o no a la asistencia a extranjeros en el tema de sanidad? ¿Cuál era la intención del Gobierno al introducir este tema? También nos gustaría saber qué relación tiene para los residentes en España dado que los equipara a los apartados siguientes. La pregunta concreta es la siguiente: ¿Tiene o no alguna relación este artículo con las prestaciones sanitarias? ¿Es algo que afecta totalmente a una situación distinta?

Otra cuestión (y en este caso supongo que podrá dar respuesta a preguntas que se le han hecho al compareciente anterior porque se refieren a los mismos puntos señalados por los representantes del Grupo Popular) es la provisión de los puestos de jefes de servicio, las retribuciones del personal estatutario y de atención continuada, que también son preguntas que le queríamos hacer.

En esta Ley de medidas fiscales, administrativas y del orden social se establece que la provisión de los puestos de

jefes de servicio y sección de las unidades de asistencia especializada del Insalud se realizará por concurso entre personal sanitario con plaza en propiedad y nombramiento estatutario. Yo le preguntaría: esta provisión de plazas, una vez se ha alcanzado la plaza de jefe de servicio o jefe de sección, ¿es ya *ad vitam* o son situaciones transitorias que precisen algunas revalidaciones posteriores?

Otra cuestión. Dada la redacción de este artículo, ¿ningún facultativo externo al sistema podrá acceder directamente a una plaza de jefe de servicio o de sección? Por ejemplo, si en este momento el doctor Fuster viniera a España, ¿no podría trabajar para el Sistema Nacional de Salud como jefe, según esta redacción del artículo? Porque parece que sólo puede concursar, y no hay excepción alguna, personal estatutario que ostente la plaza en propiedad. Por tanto, y en esta misma línea, ¿la única vía de acceso al sistema y al Insalud es a través de plazas de médico adjunto o de personal facultativo adjunto?

En cuanto al artículo 45, vistas las modificaciones que se introducen en el tema del complemento específico, y que pasa a señalarse en este artículo que tiene un carácter personal, ¿podría aclararnos en qué se basa el Insalud para definir lo que es la dedicación exclusiva? ¿Es una voluntad personal —y valga la redundancia— del personal facultativo o es algo que está ligado al puesto de trabajo, a la función que se desempeña? ¿Qué va a suceder con aquellos facultativos que en un momento determinado no aspiraron a unas plazas dentro del sistema —porque conllevaba la dedicación exclusiva y no estaban dispuestos a acogerse a ella— y otros que sí concursaron y adquirieron estas plazas y ahora, con la modificación de este artículo, pueden renunciar a la dedicación exclusiva al tratarse, como dice aquí, de una cuestión de carácter personal? ¿No sería más conveniente que se estableciera una relación de puestos de trabajo que conllevara la dedicación exclusiva y no fuera variable y a criterio personal, siendo, por tanto, dicha relación inamovible?

El artículo 46 hace referencia a los servicios de atención continuada. Aquí se faculta para que se puedan contratar facultativos exclusivamente para los servicios de urgencias, cuando, por otro lado, en documentos y en el mismo documento que la subcomisión ha elaborado, se señala que hay que reestructurar las plantillas por exceso de las plantillas de facultativos. ¿No será una contradicción el que haya que reducir las plantillas y haya que contratar personal exclusivamente para urgencias? Además, ¿qué vinculaciones tendrá este personal de urgencias con el resto de personal del centro asistencial? Porque en este artículo queda muy claro que este personal en ningún momento adquirirá la condición de titular en propiedad, pudiendo ser cesado en el momento en que se produzcan las variaciones circunstanciales que se señalen. Por tanto, ¿no representa esta posibilidad una mala distribución de los recursos dentro de las instituciones? Si son necesarios, tal y como se establece, ¿cómo se llevan a cabo las relaciones con las estructuras y servicios del centro? ¿Qué tipo de contrataciones tendrá este personal: eventual, de obra, de servicio, por período determinado, etcétera?

En el artículo 66, modificación de la Ley de contratos de las Administraciones públicas, se señala —el año pasado ya hubo una modificación en este tema, pudiendo hacerse contrataciones sin concurso público, sino por gestión directa— que, para contratar, se exigirán contratos de obra o de servicio y se exigirá que el empresario haya obtenido previamente la correspondiente clasificación. En cambio también se señala que podrán exceptuarse de esta clasificación determinados grupos o subgrupos de los contratos de obras y servicios en los que este requisito sea exigible. En el ámbito del Insalud también hay grupos o subgrupos que podrán ser exceptuados de esta clasificación. En otro apartado del artículo 66 se señala que se podrán dispensar de la prestación de la garantía provisional contratos de suministros como, por ejemplo, los de consultoría y auditoría. ¿Es que en los que está contratando el Insalud no se exige la prestación de la garantía provisional o no se va a exigir la garantía provisional de acuerdo con este artículo? ¿Por qué razón, si nos lo puede indicar, se establecen estas disminuciones de garantías y de controles en la contratación del Estado?

En el artículo 96, que hace referencia a la modificación de la Ley del Medicamento, se señala textualmente —se ha comentado en la comparecencia anterior y me gustaría conocer la opinión del secretario general de Asistencia Sanitaria— que cuando la presentación de la especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia, el farmacéutico deberá sustituirla. ¿Significa esto que es intención del Gobierno eliminar del catálogo de prestaciones de la Seguridad Social todos los medicamentos que superen el precio de referencia por la vía de hecho? Porque si el farmacéutico viene obligado a sustituirla por un medicamento que se ajuste al precio de referencia, significa que, de hecho, en la práctica, estamos suprimiendo todos los medicamentos que superen este precio de la Seguridad Social. ¿Es ésta la intención del Insalud, del Ministerio, del Gobierno? ¿Cómo se compagina esto con la libertad de prescripción de los facultativos? Es decir, ¿se va a determinar qué productos podrán prescribir exclusivamente los facultativos? Insisto en esto porque en la comparecencia anterior, ante nuestras preguntas en relación con este tema, en que señalábamos que es posible que se pudiera sustituir, con previo conocimiento del usuario y admisión del usuario en este sentido, etcétera, nos han indicado —así lo he entendido yo y si es un error me gustaría que el señor secretario general lo desmintiera— que se traslucía perfectamente cuál era la intención del Gobierno, tal como estaba redactado. Por tanto, cabe deducir que es intención del Gobierno eliminar una gran parte de los productos farmacéuticos.

En cuanto a la ley de acompañamiento, tenemos dos disposiciones adicionales que me gustaría comentar. Una de ellas es la disposición adicional decimocuarta, en la cual se señala que los trabajadores por cuenta propia que a la entrada en vigor de esta ley opten por acogerse a la cobertura de incapacidad laboral, deberán formalizar la misma en la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. ¿Significa esto que se veta al Insalud para desarrollar este tipo de prestaciones? ¿Quién va a de-

terminar la incapacidad temporal de estos trabajadores por cuenta propia: las mutuas de accidentes de trabajo, los facultativos del Sistema Nacional de Salud? Es decir, cómo afecta, qué relaciones tiene este tema, etcétera.

Finalmente —también estaba en otra de las preguntas que hacía el Grupo Popular— la disposición adicional vigésima, en la que se habla de la selección y provisión de plazas de facultativos especialistas en las áreas del Instituto Nacional de Salud. Se señala que, por una única vez y en 1998, se va a convocar concurso-oposición y concurso de traslado. ¿Después no se van a convocar? ¿Por qué señala por una única vez? ¿Por qué, y esto es lo más fundamental, independientemente de lo que acabo de indicar, se señala este punto en la Ley sobre medidas fiscales y administrativas y del orden social, cuando es un tema que se regula por real decreto, un concurso, un concurso-oposición, es decir, cuáles son las razones por las que el Gobierno incluye este punto en la Ley sobre medidas fiscales y administrativas y del orden social? ¿Por qué está aquí y no se regulan directamente por real decreto, como los concursos, las vacantes de otras plazas? ¿Por qué, como dice, suponiendo que esté justificado que esté en esta ley, las normas que aquí adquirirán rango de ley sólo se aplicarán por una única vez y en 1998? ¿Qué normas se van a aplicar en las sucesivas convocatorias? ¿Se va a hacer otra ley? ¿Qué sucederá con aquellos facultativos que están en comisión de servicio, fuera de sus plazas, por necesidades del propio servicio, del Insalud? ¿Podrán concurrir? ¿Serán cubiertas sus plazas? ¿Saldrán o no saldrán todas las vacantes existentes en el sistema en esta convocatoria? Éstas son algunas de las cuestiones que queríamos plantearle en relación con esta ley.

Pasamos ahora al tema del presupuesto del Instituto Nacional de la Salud. Para mayor claridad y para que pueda responder con precisión, vamos a seguir el esquema con el que está presentado el presupuesto. Por tanto empezaremos por señalar, y me parece que ésta es una expresión suya, que no sé si tiene alguna utilidad la discusión y la comparecencia que esta mañana tiene lugar aquí. Me parece que usted mismo ha manifestado en algún momento que este presupuesto era un presupuesto a cuenta y que, por tanto, si es un anticipo a cuenta de lo que será el presupuesto de la sanidad, que depende de lo que nos indique el Consejo de Política Fiscal y Territorial, es evidente, insisto, que no sé si tiene algún sentido esta comparecencia. De todas formas, si así sucede, que se varíe, porque, ¿cómo van a introducirse en el presupuesto las cuestiones que el Consejo de Política Fiscal y Territorial va a plantear? Las magnitudes económicas que están en estos presupuestos van a variar, evidentemente; los estados numéricos de ingresos y gastos supongo que se modificarán, ¿o es que sólo se va a modificar la partida de la gestión transferida, de acuerdo con el Consejo de Política Fiscal y Territorial? ¿Va a ser sólo esta partida y el resto del cuadro macroeconómico se va a mantener idéntico? Por tanto, admitamos que también estas preguntas vienen a cuento y que, en todo caso, pediremos su comparecencia ante esta Comisión para discutir, debatir o aclarar el presupuesto definitivo cuando esté

así. Tómesese todas estas preguntas a crédito de inventario de lo que pueda suceder en el futuro.

En cuanto a la financiación de los gastos del Insalud para el año 1998, en primer lugar, aumentan un 4,83 los gastos de ingresos para financiar los gastos del Insalud; me parece que esta cifra es claramente inferior al PIB previsto para el año 1998, que es de 5,7. Por tanto, esto casa mal con las declaraciones triunfalistas del Gobierno de que la prioridad es la sanidad, con las declaraciones del propio vicepresidente del Gobierno en la presentación de los presupuestos al afirmar que se incrementaban los presupuestos de sanidad al 8,8, ya que se incrementa la aportación del Ministerio pero no los gastos sanitarios; por tanto, seamos más ajustados a la realidad, más modestos, y señalemos que por las razones que sean es evidente que crece por encima de otros presupuestos del Estado, pero que la sanidad no crece lo que debería crecer, que es el PIB nominal.

En segundo lugar, estas fuentes de financiación, sorprendentemente —y me gustaría que nos diera alguna explicación—, es porque disminuyen un 17,39 por ciento los ingresos de servicios prestados; es decir, ¿es que piensan condonar a las mutuas y a las compañías aseguradoras, por ejemplo, la atención sanitaria de los accidentes de tráfico o de otras cuestiones? Asimismo, desaparece una partida —y volveremos a insistir en el momento correspondiente— que es la partida de aportación finalista del Estado para la compensación de los desequilibrios interterritoriales con las comunidades que tienen transferida la sanidad. ¿Está en relación esto con lo de política fiscal y financiera?

Se señala también, y es verdad, que los ingresos del fondo sanitario, es decir, las aportaciones que las diputaciones hacen al Insalud por convenios, etcétera, aumentan un 4,90, es decir, una cantidad bastante importante. ¿Por qué razón han aumentado los convenios, cuáles, en qué diputaciones, en función de qué se incrementan los convenios?

En cuanto al cuadro macroeconómico de gastos, yo le pediría que me explicara el primer párrafo porque no entiendo qué dice. Se lo voy a leer textualmente a ver si me lo puede aclarar: El aumento del presupuesto inicial del Insalud para 1998 es —suprimo la cantidad para hacerlo menos complicado— el resultado de aplicar al escenario financiero del modelo de financiación de la sanidad el crecimiento de la tasa nominal del PIB, que para 1998 es el 5,7. No obstante, el presupuesto aprobado para 1997 estaba calculado con un PIB del 6 por ciento, superior al utilizado para el cálculo del presupuesto de 1998, 5,2, a lo que hay que añadir la cantidad de 25.000 millones aportadas por el Estado para la sanidad pública, encuadrada en este presupuesto. No entiendo nada, no sé qué significa. No sé si es el 5,2, el 5,8, el 6, de dónde salen los 25.000 millones, qué significan y qué representan, etcétera. Como parece deducirse, porque los números sí cuadran al final, se ha descontado una cantidad en función de que el PIB real de 1997 va a ser inferior al PIB nominal de 1997 y se ha descontado este dinero; es decir, en un año económico no es prioridad la sanidad porque hay crecimiento económico y se descuenta este margen del PIB. Esta disminu-

ción del PIB real al nominal, ¿se ha descontado también en la gestión transferida, se va a descontar en las bases del año 1998, o sólo se descuenta en el territorio del Insalud?

Analizando macroeconómicamente los gastos, en otro punto se señala que el capítulo 1 del Insalud, se incrementa un 4,06, lo cual está motivado por una actualización de salarios del 2,1 y por nuevas acciones, tales como la apertura de nuevos centros hospitalarios —y yo le preguntaría—, ¿cuáles?, ¿dónde? La implantación de los nuevos equipos de atención primaria, ¿cuántos?, ¿dónde? Y el aumento de personal sanitario en formación —después hablaremos de este tema—, ¿cuánto y por qué?

También se señala en el página 27, en cuanto al grupo de programas 27, en el que volveremos a insistir posteriormente, lo siguiente: Hay que tener en cuenta inicialmente el mayor peso específico del grupo de programas 27, gestión transferida, al recoger globalmente el conjunto de los créditos que se transfieren a las comunidades autónomas que han asumido la gestión de la asistencia sanitaria y que, en conjunto, representan el 61,33 de los créditos totales, con un crecimiento sobre el año 1997 del 4,66. Por tanto, se señala aquí que en cuanto a los gastos del Insalud tiene una especial relevancia, un mayor peso específico el grupo 27. A mí me gustaría que me lo aclarara —y volveré a insistirle cuando hablemos de las comunidades autónomas— dado que el año pasado la transferencia a la gestión transferida fue del sesenta y uno cuarenta y tantos; este año es del 61,33, algo menos. Yo no sé dónde está el mayor peso específico en esta gestión transferida.

Pasamos al tema de los objetivos que tiene el Insalud para el año 1998. Los objetivos generales del Insalud para 1998 señalan que una vez realizado el plan estratégico y presentado, no sabemos dónde, cuándo ni a quién —nos gustaría conocerlo—, se definen las líneas estratégicas. ¿Qué líneas y cuáles? También nos gustaría saberlo. Supongo que las líneas estratégicas deben ser lo que después llama ejes básicos, no sé si es esto. Dice: los ejes básicos sobre los que se ha elaborado el plan, no las líneas estratégicas. Me gustaría señalar dos de los ejes básicos sobre los que se ha elaborado el plan. Se señala —y esto está en consonancia con algunas de las cuestiones planteadas en la subcomisión— que se debe crear un sistema de competencia regulada, con definición y separación de las funciones de compra y provisión. Supongo que habrá que separar las funciones de quien compra, que es el Insalud, de las entidades a las cuales compra, por ejemplo el hospital de Alcorcón o de Manacor, porque difícilmente la misma persona podrá comprar y vender, y ésta es una de las cuestiones que planteábamos en su momento. Pero sobre todo lo curioso y lo que demuestra cuál es la línea política que subyace, y que ha motivado muchas de las discusiones de la subcomisión y que finalmente motivó nuestra retirada, es el siguiente punto que leeré textualmente si me permite el presidente porque me parece que define cuál es la filosofía y la política del Gobierno y del partido que lo sustenta. Dice: la competencia entre proveedores públicos como estímulo a la innovación se logrará mediante la autonomía de gestión de los centros propios, dotándoles de herramientas de gestión

más ágiles que les permitan competir con los proveedores externos en igualdad de condiciones. ¿Significa que se va a privatizar definitivamente la sanidad? ¿Que se va a salir a concurso entre proveedores externos y los proveedores propios, para que puedan competir unos y otros en igualdad de condiciones? ¿Qué significa esto de competir en igualdad de condiciones con los proveedores externos? ¿Es el modelo Alcira? Si no no se entiende. Otra cosa es que se mejore la gestión, si se admite la gestión —y yo no comparto esta idea—, pero si se admite que es mejor la gestión de los proveedores externos, entonces que se intente igualar para mejorar el sistema pero nunca para que entren en competencia con estos proveedores externos. Si entran en competencia, quiere decir que hay alguien que compra —y esto va ligado con el punto anterior— y que por tanto hace una oferta de compra y hay unos proveedores externos e internos, y lo que se dice es que primero les vamos a dotar de medios para que en su momento puedan competir. Esto es lo que dice este párrafo; que se va a dotar de medios a los centros propios para que en el futuro puedan competir con los proveedores externos en igualdad de condiciones, cosa que ahora parece que no porque están menos dotados. Realmente si éste es el objetivo y si ésta es la filosofía que subyace y responde a lo que piensa el Gobierno, de una vez por todas vamos aclarando las cuestiones.

Seguidamente se habla de que después del plan estratégico ahora van a desarrollar en 1998 el plan de acción. ¿Vamos a tener alguna información? ¿Va a ser lo mismo que el plan estratégico? ¿Qué contiene este plan de acción? ¿Nos lo puede indicar?

Finalmente —para no alargarme demasiado—, en el área de información, se señala: Objetivo para 1998. Se propone la ampliación de la explotación general del conjunto mínimo y básico de datos, en función de que se alcance un porcentaje de codificación superior al 90 por ciento. Es decir, ampliar el CMBD. Le agradecería que me diera alguna explicación, porque no tenemos ninguna información. Le recuerdo lo que se señalaba, en relación con este tema, como objetivo para 1997: Es objetivo prioritario del Insalud, para finales de 1997, que el cumplimiento del CMBD sea del cien por cien para todos los centros asistenciales del Insalud. Ahora se propone, para 1998, un objetivo que consistiría en ampliar la explotación de datos del CMBD si se llegara al 90 por ciento. ¿Qué ha pasado en el año 1997? ¿Hasta dónde se ha cumplido este objetivo prioritario del cien por cien? Y, si éste es el prioritario, o uno de los prioritarios, ¿qué ha pasado con los que no son prioritarios? Me gustaría que nos aclarara esto.

Vamos ahora a cuestiones concretas de los distintos programas. En cuanto al programa de atención primaria se dice que uno de los objetivos va a ser desarrollar concursos públicos para suministros o descuentos de laboratorios y de oficinas de farmacia para otros productos similares a los absorbentes de incontinencia de orina. ¿Se van a hacer estos contratos-marco o se va a seguir la vía del pacto con las oficinas de farmacia y de intermediarios con descuentos? No queda muy claro si se va a hacer un concurso abierto o se va a ir a este pacto.

Respecto al control farmacéutico, que es otro de los temas básicos en atención primaria, ustedes admiten que para el año 1998 se va a incrementar el número de recetas por persona en un 4,3. Al mismo tiempo, admiten que el valor económico de esta prestación farmacéutica se va a incrementar en un 5,8 a pesar de que, como he comentado antes, van a fijar unos precios de referencia y van a eliminar los productos que superen estos precios de referencia. ¿Cómo se cuadran estas cuestiones? ¿Admiten ya que cada receta va a costar más dinero, inexorablemente, de lo que cuesta actualmente?

Por lo que se refiere estrictamente al valor presupuestario, hay diferencias notables. Me gustaría que nos pudiera aclarar con qué criterios se han elaborado los distintos capítulos del presupuesto de atención primaria. Supongo que no se ha partido de un presupuesto de base cero —lo que justificaría algunas cuestiones—, sino que se ha partido de los presupuestos de años anteriores. Por ejemplo, el capítulo 1 se incrementa en un 3,7; el capítulo 2, en un 6,7; el capítulo 4, en un 5; el capítulo 6, en un 21,6; el capítulo 8, nada; globalmente, un 4,9. Pero cuando vemos el capítulo 1, prácticamente hay el mismo personal en 1997 que en 1998 en atención primaria —32.973 en 1997 y 32.975 en 1998, es decir, dos personas más el próximo año—, y los incrementos en los distintos capítulos de los gastos de personal —para que vea las diferencias— son los siguientes. El personal funcionario estatutario se incrementa en un 1,7 —por debajo del 2,1 que fijan los presupuestos—; el fijo y eventual, el 9,7; las cuotas de empresa, el 6,8 —¿van a pagar más de Seguridad Social?— y los incentivos al rendimiento —y éste es un tema que va a salir generalmente en todos— se incrementan un 10,25. Por tanto, yo le preguntaría: ¿Es que van a precarizar los empleos y van a aumentar mucho los laborales? Porque aumenta un 9,7, que está muy por encima. ¿Por qué este incremento en los incentivos en cuanto a los rendimientos, por qué este incremento de las cuotas empresariales, muy por encima del incremento global del capítulo 1, que es el 4,9? Asimismo, aumentan mucho —también es general y ya no lo volveré a repetir— los gastos de locomoción. Parece que ahora los trabajadores del Insalud van a desplazarse más con sus vehículos propios y van a pagar dietas, porque en todas las partidas de todos los presupuestos de los distintos programas los gastos de locomoción se incrementan de manera notable.

Hay dos cuestiones que quisiera comentar. En el capítulo 4 —me gustaría que nos lo aclarara— se dice: Transferencias corrientes a empresas privadas. Entrega de botiquines, 10 millones de pesetas. A familias e instituciones sin fines de lucro. En el punto 48924, botiquines de empresa —otra vez; éstas deben ser empresas sin lucro, porque está en esta partida, aunque no sé qué empresas son—, 19.895.000 pesetas. Es decir, para botiquines destinan prácticamente 30 millones de pesetas. ¿Qué tipo de botiquines son? ¿A qué empresas? ¿O son los botiquines que dan las empresas colaboradoras de accidentes de trabajo y que, por tanto, no los tendría que dar el Insalud?

Dejaremos el tema de inversiones para hacerlo global e ir más deprisa. En cuanto a la atención especializada cu-

riosamente el Ministerio no sigue el plan estratégico ni las líneas estratégicas ni el plan de acción. Aquí dice que los principios generales del Insalud son los que se recogen en el plan de salud del Ministerio. Supongo que se refiere al plan de salud que elaboró el Gobierno anterior. ¿O es que han elaborado también otro plan de salud en este período?

Preguntas muy concretas: ¿Quién diseña y en qué sentido se diseña el nuevo modelo de contrato de gestión para los centros especializados? ¿Quién elaborará y con qué recursos el plan estratégico de cada centro hospitalario? ¿En qué centros se implantarán las nuevas formas de gestión que prevé la ley y con qué criterios se elegirán? Parece deducirse —no sé si es cierto— que las nuevas unidades o servicios que se creen lo harán ya con nuevas fórmulas de gestión. ¿Es esto cierto? ¿Todos, algunos, dónde? Se dice que también es un objetivo del Insalud llegar a elaborar y desarrollar planes para equiparar la dotación de medios y de gasto sanitario por habitante entre las distintas provincias o comunidades en las que el Insalud tiene gestión directa. ¿Qué mecanismos y qué procedimientos va a desarrollar?

En línea con lo que decía antes sobre la competencia entre proveedores, hay otra afirmación que también es muy divertida. Hace referencia a la situación sociosanitaria, que es un tema muy importante. Se dice que es el objetivo del Insalud, para el año 1998, establecer sistemas de colaboración entre el Insalud y todas aquellas instituciones dedicadas a los cuidados sociosanitarios. Entendemos que al decir todas se refiere a las que dependen de las administraciones locales, a las que dependen de las comunidades autónomas, a las que dependen de las entidades sin ánimo de lucro y a las que dependen de entidades con ánimo de lucro, que hay bastantes. ¿Es éste el objetivo del Insalud?

También se señala como un objetivo —lo cual me parece importante— la mejora de la calidad, pero se marcan unas metas tan etéreas que va a ser difícil evaluar esta mejora de la calidad. Se dice: Elaborar un plan de calidad para cada hospital, diseñar indicadores de calidad, adaptar e implantar guías y señales, definir tasas óptimas de utilización, etcétera. Yo creo que sería conveniente que nos trajera a esta Comisión algunos datos más específicos para que nosotros, después, podamos hacer un seguimiento y una evaluación de esta mejora de la calidad.

En cuanto a los recursos que se asignan a los centros, se dice que para calcular la subvención a la explotación de un centro sanitario dependiente del Insalud existen dos componentes: subvención a la estructura y subvención a la ineficiencia. ¿A cuánto ascienden estas subvenciones a la ineficiencia? ¿Qué hospitales reciben subvenciones a la ineficiencia? Me gustaría que nos lo precisara. Se dice también que van a realizarse concursos abiertos para contratos-marco para servicios sanitarios como radiodiagnóstico, laboratorio, etcétera. ¿Es que se piensan externalizar? ¿En cualquier sitio? Asimismo, se establece que, en plan piloto, se van a empezar a establecer conciertos por GRD, por grupos de radiodiagnóstico, y me gustaría saber dónde, con quién y cómo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, lleva casi cuarenta minutos hablando.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Ya le he comentado, señor presidente, que es un tema muy importante para todos los ciudadanos y es muy complejo.

El señor **PRESIDENTE**: Soy consciente de ello, pero este presidente confía en la capacidad de síntesis del señor Corominas para que vaya terminando.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Voy a intentar resumir.

En cuanto a las cuestiones económicas, directamente presupuesto, por primera vez aparece en el presupuesto la atención especializada, 350 millones de gastos financieros por intereses de demora. ¿Se aumenta la demora en el pago? Aparecen también las transferencias al Hospital Royo Villanova y a las fundaciones, 1.275. ¿Qué modificaciones de proyectos se prevén y por qué? Porque hay unas partidas importantes. En personal, nos encontramos con cosas parecidas. Disminuye menos el capítulo 1 y hay variaciones diferentes entre unos y otros.

En cuanto al programa 25, que es el que hace referencia a la Dirección y Servicios Generales, si es cierto lo que dice la disposición anterior de la ley de acompañamiento de las incapacidades laborales, ¿cómo es que uno de los objetivos es la potenciación del control de la incapacidad temporal? ¿Lo tienen o no lo tienen? A continuación dice que va a hacerse una revisión semestral de los médicos hiperprescriptores de bajas laborales. Yo pensaba que las bajas laborales no eran una prescripción. También se va a fijar la revisión del número máximo de citaciones de asegurados en incapacidad temporal. ¿Qué significa este objetivo? Después habla de la renovación del parque de ordenadores, que me parece bien. Hay un incremento notable en cuanto a los incentivos al rendimiento, como sucede en todas las partidas. Aquí, a diferencia de lo que sucede en otros programas con incremento de las retribuciones, disminuyen las aportaciones a la Seguridad Social un 5,35. Da la impresión de que los números los han hecho de forma precipitada. Aumentan los gastos de locomoción un 30 por ciento; los gastos de edición, casi un 11 por ciento. Y la informática —dicen que van a renovar el parque de ordenadores— sube un 810 por ciento. Pasa de 26.000 millones a 245.000; después hablaremos de este tema.

El programa 26, formación de personal, que es una de las cuestiones por las cuales dice que se incrementan los gastos del capítulo 1, sólo aumenta el 2,1 en salarios. Se come más de la mitad del incremento del capítulo 1. Poco personal sanitario más podrá existir en formación. Por cierto, en el programa de atención especializada aparece un nuevo tipo de personal que no existía anteriormente, el personal de formación de postgrado, como plantilla. Y no son los MIR.

Al programa 27, comunidades autónomas, ya he hecho referencia. Aquí sí aparece bien; deben haberlo redactado personas distintas. Cuando hablan de cómo se calcula el presupuesto, a diferencia de lo que leía en el primer párrafo, dice lo siguiente: Los créditos para 1998 del presupuesto del Insalud han sido calculados siguiendo las pautas marcadas en ejercicios anteriores, de acuerdo con el mo-

delo de financiación de la sanidad prestada a través del presupuesto del Insalud en el cuatrienio 1994-1997, con un incremento sobre el ejercicio anterior igual a la tasa de crecimiento del PIB nominal, 5,7, a lo que hay que añadir un suplemento adicional de 25.000 millones. Esto no tiene nada que ver con lo que dice al principio; son textos contrarios. Dice que la distribución de los recursos se hará según el criterio de población protegida en los respectivos territorios, que es lo que se había pactado. Y yo pregunto: ¿De acuerdo con el censo del año 1991 o de acuerdo con el censo aprobado o no, negado ahora por el vicepresidente del Gobierno, del uno de mayo de 1996? Porque la población protegida, censo de 1991, censo de 1996, varía de manera importante. ¿Qué censo van a aplicar? ¿Se va a publicar el censo? Porque, según la referencia del Consejo de Ministros, está aprobado. Otra pregunta: ¿Por qué los porcentajes de incremento son distintos en la gestión directa y en la gestión transferida del año 1997 a 1998? En el año 1997 la gestión directa se incrementaba menos que la gestión transferida, y este año sucede al revés. ¿Tiene esto relación con el Consejo de Política Fiscal y Financiera? ¿Por qué desaparecen las transferencias por desequilibrios territoriales?

Han desgajado de los presupuestos de 1997 el programa 46, que es el de control interno y contabilidad, que antes estaba dentro de otro programa, era un subprograma. Hay perlas antológicas en la redacción de este programa. Por ejemplo, dice lo siguiente: La intervención general de la Seguridad Social se encuentra con serias dificultades para ejercer eficazmente las funciones de control que tiene encomendadas. Razones por las que tiene estas dificultades: Porque la Seguridad Social se ha transformado de forma notable, utilizando en muchas ocasiones soportes informáticos y de gestión que difícilmente pueden ser controlados con las técnicas y medios actualmente existentes. ¡Si ésta es la intervención general de la Seguridad Social, vamos bien! Y aquí sí que hay cuestiones relevantes.

El personal que se adscribe a este programa es de 428 funcionarios, por 432 en 1997. Es decir, queremos potenciar el control interno y disminuimos cuatro funcionarios. Lo que pasa es que esto lo compensamos, porque supongo que estos funcionarios deben ascender de categoría. El capítulo 1, gastos de personal, de 1997 a 1998 sube el 66,29 por ciento, una subida algo superior a la que se ha establecido en los Presupuestos Generales del Estado para el resto de los funcionarios. Dentro de este capítulo 1, lo que tiene una subida discreta, como en todos los programas, son los incentivos al rendimiento, que suben un 167,7 por ciento. Y las cuotas de la Seguridad Social, un 80,50 por ciento. O yo no he calculado bien o los números no me cuadran. Sorprendentemente, las inversiones para este programa se mantienen idénticas. Tienen graves problemas, como se dice en la introducción, para seguir los soportes informáticos de gestión que utiliza la Seguridad Social. Curiosamente, en este programa, a diferencia de los otros, se mantiene la misma dotación para informática que el año pasado, 350.000 millones. Y ahora vamos a las inversiones.

Para informática, el Insalud va a destinar 2.000 millones para atención especializada; 2.100 para primaria;

245.000 para el programa 25 y 350.000 para este programa que acabamos de citar. Lo dicen los números del presupuesto. Si el señor presidente me lo permite, después se lo mostraré. Esto está dentro de las partidas de inversiones. Usted ha hecho manifestaciones de lo bien que va a ir este año, por las inversiones. Por eso he dejado este tema para el final, y le pido que se lo repase antes de contestarme.

En las inversiones reales, que suben el 16,45, están incluidas estas partidas de informática. El texto dice equipos de informática. Por ejemplo, en inversión nueva, para obras de centros de atención primaria, gran parte proviene de años anteriores y lo que han hecho es alargar los períodos de finalización. Para los servicios centrales, 3.000 y, en informática, 1.650 millones. En reposición, 450 millones para informática. Lo mismo pasa en las inversiones de atención especializada, 2.000 millones. Y sigue.

En cuanto a las inversiones, quería pedirle, porque ha hecho manifestaciones muy triunfalistas, que nos aclare por qué en la mayor parte, tanto en atención primaria como en atención especializada, se ha prorrogado el plazo de finalización. La mayoría de las nuevas se dotan con cantidades irrisorias. Resulta muy difícil hacer un seguimiento de las inversiones, pero tendremos ocasión en comisiones posteriores de debatirlo, para no extenderme ahora. Resulta muy difícil cuando no nos facilitan ninguna información de cuál es el presupuesto global, cómo se distribuye por anualidades, etcétera; además, nos cambian las denominaciones de algunas inversiones de un año para otro, en los centros de salud o en los hospitales, poniendo un nombre específico, el de la población.

Como ve —y no quiero entrar en más cuestiones para no alargarme—, es muy importante el tema, nos preocupa al Grupo Socialista. Creemos que hay suficientes elementos como para que nos pueda dar información que disipe nuestras dudas y temores respecto a algunas de las ideas básicas del Ministerio y en este sentido le reitero el agradecimiento por su comparecencia ante esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el señor secretario general de Asistencia Sanitaria. Le advierto que si algún dato de los que han sido requeridos por el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista no lo tiene en este momento puede enviárselo por escrito.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Buenos días, señor presidente, señorías.

Señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, voy a intentar responder a cada una de las cuestiones —y no pocas, para ser un presupuesto a cuenta— que usted ha expuesto con la mayor concreción que me sea posible.

Decía S. S. inicialmente —y en esto coincidimos— que sin duda ninguna un presupuesto conlleva la fijación de las estrategias políticas de un Gobierno y, por tanto, es un instrumento potente en cuanto al posicionamiento político del mismo. Efectivamente, estamos en lo cierto, los Presupuestos Generales del Estado para 1998 sitúan el gasto consolidado por operaciones no financieras de todo el Estado en 29,811 billones de pesetas, lo que representa un

crecimiento del 3,8 por ciento respecto al presupuesto consolidado de gasto por operaciones no financieras correspondiente a 1997. En esta línea, las políticas de gasto social absorben un importe superior al 56 por ciento de los Presupuestos Generales del Estado, frente a un 54,3 por ciento del año 1997, y, dentro de ellas, la función sanidad con tres billones 821.000 millones de pesetas, lo que representa el 12,4 por ciento de los recursos totales del Estado, supone una medida muy concreta de lo que se quiere hacer con la sanidad y con las políticas de gasto social en estos presupuestos de 1998. De estos tres billones 821.000 millones, el 90,4 por ciento es el presupuesto destinado al Sistema Nacional de Salud. Además, a estos 3,8 billones de pesetas se han de sumar 33.000 millones, dedicados a formación de personal sanitario, que, como sabe usted, se incorpora a las políticas de gasto del Ministerio de Educación y los 4.200 millones del control interno y contabilidad que por primera vez —de ahí quizás muchas de sus confusiones cuando analiza dicha subfunción— se incorpora el presupuesto de la Seguridad Social y protección social.

Por tanto, la política de sanidad, sumando aquellas dotaciones que acabo de mencionar, presenta un porcentaje de participación sobre el presupuesto consolidado de 1993 del 13,3 por ciento, lo que representa un incremento del 0,5 por ciento o 0,5 puntos sobre la participación en los mismos componentes de gasto en el presupuesto de 1997.

Estos incrementos, tanto sobre los Presupuestos Generales del Estado, sobre el presupuesto consolidado de las operaciones no financieras, da una idea de lo que supone un permanente compromiso con el Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

En cuanto a la ley de acompañamiento, señoría, usted hace una mención a cada una de las cuestiones que en ella se incluyen y hay dos a las que me referiré muy por encima, simplemente por respeto a sus autores y al objeto de que en la comisión correspondiente se haga la valoración concreta y oportuna. Son aquellas que no fueron incluidas a propósito del Ministerio de Sanidad y Consumo; de otros ministerios. La primera se refiere a asistencia a extranjeros y la segunda a la incapacidad laboral y mutuas. No obstante lo anterior, sí me gustaría concretar cada una de las cuestiones que usted ha mencionado.

Provisión de jefe de servicio y jefe de sección. Señoría, el sistema de provisión actual es una orden ministerial de 1986 que se ha incumplido sistemáticamente, porque casi las mil plazas que actualmente están ostentando jefes de servicio y jefes de sección, casi la totalidad, insisto, están en situación provisional. La Intervención General del Estado y concretamente la Intervención General de la Seguridad Social nos ha advertido de la ilegalidad de estos nombramientos y de la posible reparación de la nómina. Por consiguiente, parecía razonable buscar un sistema definitivo para concretar estas situaciones de provisionalidad absoluta y lo hemos encontrado, con el visto bueno de la Mesa sectorial de Sanidad, mediante un artículo en el que se concrete que estos puestos tienen que ser obtenidos a través de la superación de un concurso; en ese concurso los candidatos deben presentar no solamente su propuesta de gestión sanitaria, sino también su propuesta de gestión en

términos globales del servicio o de la sección, y deja al Gobierno, mediante real decreto, creo recordar, o al Consejo de Ministros, mediante acuerdo —no tengo el texto—, su desarrollo. Insisto, como cuestión general, esto se refiere creo que a más de 986 jefaturas de sección y servicio, que están en situación de provisionalidad, que están nombradas de forma no definitiva, por no utilizar otro término.

Decía usted que ningún facultativo que no ostente plaza en propiedad en el Sistema podría ser jefe de sección o jefe de servicio en él. Señoría, es posible que esto sea así. Me preocuparía más que los facultativos que no ostenten plaza en el sistema puedan ser jefes de sección o jefes de servicio directamente; eso me preocuparía mucho, porque daría lugar a que los 17.000 facultativos que están en el sistema tuvieran las mismas condiciones que los que no están. Y esto no parece razonable.

Quiero decirle, señoría, que la previsión que tenemos para desarrollar este artículo es que este tipo de concursos se renueven cada cuatro años y que cada cuatro años el candidato que inicialmente supere el concurso pueda volver a posicionarse ante este hecho y pueda, en definitiva, revalidar ese nombramiento, o que pueda recaer en otro de los facultativos que opten en este instante. Pero insisto que ésta es una propuesta a desarrollar una vez aprobado este artículo en la ley de acompañamiento.

El complemento específico es otra de las cuestiones que hemos intentado regular con un único objeto, que es dignificar la percepción del complemento específico. Usted sabe, señoría, que a partir de 1987 se concretó una norma que dice que los anteriores a dicho año pueden hacer voluntario el complemento y los posteriores obligatoriamente habrán de percibir este complemento por su dedicación exclusiva al Sistema. Sin embargo, cuando leemos el concepto de este complemento, la dedicación exclusiva es uno de ellos, pero no exclusivamente. Ahí está la penosidad, la responsabilidad, la especial dedicación, pero no, insisto, solamente ese complemento. Y queremos dignificarlo, señoría, porque usted sabe igual que yo que este complemento se está manifiestamente incumpliendo en los últimos años y creemos que la administración pública debe someterse al principio de legalidad y no puede mantener situaciones alegales o ilegales. Lo hemos hecho porque creemos que los demás servicios de salud del Estado seguro que han acertado en esta decisión y le insisto en que todos los servicios de salud del Estado, salvo Canarias, tienen regulado este complemento, con la misma orientación que la que pretendemos dar en esta ley, que es la renuncia voluntaria del facultativo. La Comunidad Autónoma de Galicia, el Servicio vasco de salud, el Servicio catalán de salud, el Servicio valenciano, incluso el Servicio andaluz de salud. Salvo la Comunidad Autónoma de Canarias, todos tienen regulado este complemento, con distinto éxito, desde el punto de vista legal, porque creemos que es necesaria una ley que habilite explícitamente este supuesto y por eso lo pusimos intentando ser rigurosos con el principio de seguridad jurídica a través de ley y no a través de instrucciones, resoluciones, órdenes o decretos, como lo han hecho otros servicios de salud. Insisto, señoría, en que pretendemos dar seguridad jurídica y que el que trabaje

sólo para el sistema, perciba esas 100.000 pesetas, y el que no trabaje para el sistema, no las perciba. Y que no se dé la situación que actualmente se da, que hay gente que, trabajando fuera del sistema, percibe de forma continuada esta cuantía importante dentro del salario de los facultativos.

La atención continuada obedece a algo que creemos que es razonable. Usted sabe que hasta la fecha, los mayores de 55 años podían optar a la renuncia de las guardias, pero era una potestad del centro otorgarle o no este derecho. Nosotros creemos que éste es un derecho que tiene que incrementarse dentro del elenco de derechos de los facultativos, que tiene que ser un derecho que no dependa exclusivamente de la voluntad de la Administración. Por eso hablamos, y así lo hemos firmado, de la voluntariedad de la renuncia de las guardias a partir de los 55 años, dando un año al centro para intentar concretar su cartelera de guardias a este hecho futuro que al año devengará en derecho para el facultativo. Hemos entendido —yo creo que también lo han visto en la mesa sectorial de sanidad— que, haciendo esto, se pueden reducir las plantillas en algunos centros, como usted dice y con lo cual estoy de acuerdo, alegrándome de que lo manifieste, sobre todo en los hospitales comarcales donde la cartelera de guardias es muy justa y sería necesario a veces incrementar el número de facultativos. Por eso lo hemos hecho. Pero no es ninguna precariedad en el empleo. Usted sabe que la situación en que se encuentra la atención primaria es que hay miles de contratos de refuerzos para fines de semana y además son contratos de tipología distinta, con naturaleza jurídica distinta y mediante reales decretos distintos. Lo que pretendemos una vez más es dar cobertura legal a la posibilidad, ya realizada en el Insalud, de contratar personas para refuerzos o para atención continuada mediante un sistema legal, claro, explícito y con respaldo máximo a través de una ley.

Solicita S. S. aclaración sobre la modificación de la Ley de Contratos del Estado, en el sentido de no exigir clasificación para determinados grupos o subgrupos o no exigir garantías para determinados trabajos y hace usted una relación de los contratos-marco que hemos establecido en 1998, tipificándolos como contrataciones sin concurso público o contratación directa. Señoría, mientras usted me dé la posibilidad de explicárselo, se lo intentaré explicar año tras año. No solamente no es huir del concurso público, sino que es justamente utilizar el concurso público y utilizarlo al contrario de lo que se venía haciendo hasta la fecha. Todos los conciertos, salvo los sustitutorios, se estaban haciendo a través de un procedimiento, lo cual sí que es contratación directa. No me atrevería ya ni a calificarlo como contratación directa. Es un procedimiento que se denominaba autorización de uso, que consistía, nada más y nada menos, en que la persona responsable de conciertos en el organismo considerase oportuno hacer un concierto con una clínica privada, sin ningún tipo de concurso, sin ningún tipo de publicidad y sin ningún tipo de concurrencia. Insisto en que a los concursos que pretendemos, y así se ha demostrado mediante su publicación en el Boletín Oficial del Estado, se han presentado 57 clínicas en todo el ámbito del Insalud y todas estas clínicas —puede preguntarlo usted— tienen muy claro cuáles son las condiciones,

porque tienen muy claro cuál era el pliego, cuál era el anuncio y cuál era el plazo para la presentación de las proposiciones. Frente a autorizaciones de uso, muchas de ellas en convalidación en Consejo de Ministros, por prescindir absolutamente del procedimiento, hemos establecido una fórmula, que son los contratos-marco, que velan estrictamente por los principios de publicidad y concurrencia. No sé, señoría, si vamos a aplicarlo o no. Nos parece que la Ley de Contratos del Estado debe ser aplicada para todo el ámbito de las administraciones públicas. Estudiaremos el texto definitivo de la ley y aplicaremos lo que diga en cuanto a exigir garantías y a clasificación. No le puedo avanzar más de momento.

Habla también de los precios de referencia y que si esto viene a suponer de hecho una eliminación del catálogo de todos aquellos productos sanitarios, todos aquellos fármacos, que no se sujeten al precio de referencia. Señoría, el único precedente de financiación o de exclusión del catálogo de los medicamentos es el conocido de otros años, hace algún tiempo ya, que se excluyó del catálogo estos productos. Los precios de referencia no solamente no se excluyen del catálogo. En el supuesto de que nos pongamos en su tesis, sería incluirlos en el catálogo hasta el precio de referencia. Por tanto, insisto en que el ciudadano tiene derecho, y éste es un problema de política farmacéutica que no me corresponde valorar, siempre a que la especialidad que se le ha recetado se le dispense. Otra cuestión distinta es si tiene que adicionar o no un precio superior cuando exceda del precio de referencia; pero eso no es excluir la financiación. Excluir la financiación supone que esas especialidades se excluyen del catálogo de medicamentos, que se ha realizado hace algunos años y me da la sensación de que no va por ahí, a partir de la fecha, esa política.

En cuanto a la disposición adicional decimocuarta, relativa a la incapacidad laboral y las mutuas, nosotros hemos intentado que la inspección sanitaria funcione en incapacidad temporal, y se lo digo de verdad, porque creemos que es un instrumento absolutamente estratégico. Lo primero que hemos hecho es algo tan sencillo como establecer un programa de incapacidad temporal. Hacía dos años que no había un plan de inspección sanitaria y, por consiguiente, objetivos sobre este particular. Y lo hemos hecho dotándoles de instrumentos mínimos para poder hacer un seguimiento de incapacidad temporal. Ni siquiera había sistemas aplicativos informáticos ni ordenadores para seguir la incapacidad temporal. Mal podría competir la inspección médica con una mutua cuando no tenía los instrumentos potentes que tienen éstas para hacer este trabajo. Nosotros hemos dotado, y vamos a seguir incrementando nuestro compromiso con la inspección, para que se haga un seguimiento de la incapacidad laboral correcto, incapacidad laboral que por otra parte, también he de decirlo, en el ámbito del territorio Insalud es inferior a la de ámbitos de otros servicios de salud.

Por último, señoría, ha hecho una serie de preguntas sobre la oferta pública de personal interino. Este artículo supone afrontar un problema que ha nacido, como usted sabe, hace nueve años. El 27 y pico por ciento del total de

especialistas que trabajan en el Insalud no tiene posibilidad de estabilizar su puesto de trabajo desde hace nueve años; del total de 17.000 facultativos, algo más de 4.000 personas están sin oferta pública de empleo desde hace nueve años. Creíamos que éste era un problema al que deberíamos buscar una propuesta de solución y hemos considerado, primero, como línea estratégica, dar la mayor seguridad jurídica posible a la resolución de este problema; y la mayor seguridad jurídica posible es incluirlo en una ley, no en una orden, considerando que es la ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 1990 la que establece normativa al respecto y después es desarrollada por el Real Decreto 18. Parecía que si la ley hacía una previsión en el año 1990, era necesario que en el año 1998 volviese a hacer una previsión, en este caso distinta. Decimos por única vez porque se trata de dar una oferta pública de empleo en la que se valoren de una forma sustancial los servicios prestados en las instituciones sanitarias y no, como anteriormente se hacía en el concurso, que se valoraban otros requisitos y cuestiones, pero con un énfasis menor en cuanto a los servicios prestados.

Dice usted que si ésta es la única oferta y si después no va a haber ofertas. Yo espero que antes de los nueve años siguientes haya oferta. Yo le aseguro que, en lo que dependa de nosotros, la habrá. Se trata de una oferta, de única vez, para estos interinos. Como usted sabe y lo propone la norma, solamente se podrá presentar este personal interino y no los propietarios, los que tienen plaza en propiedad en el Sistema. De ahí su excepcionalidad y que sea por una única vez. En cuanto a las vacantes, pretendemos sacar todas. Ésta es nuestra pretensión y vamos a ver si es posible hacerlo.

Esto en cuanto a la ley de acompañamiento. Tengo el honor de poder responder a todas estas cuestiones y quedo a su disposición, como es natural, para las cuestiones que considere adicionales.

Entramos en las preguntas que usted encuadra dentro del presupuesto, presupuesto que usted mismo, en referencia a declaraciones parece ser que más, califica como presupuesto a cuenta. Sin embargo, posteriormente, en su intervención ha solicitado más tiempo, porque considera que es algo muy importante. Yo estoy de acuerdo con esta segunda parte. Es algo muy importante; y también estoy de acuerdo con la primera porque realmente es un presupuesto que, esperemos —y creo que coincidiremos todos— se adicione con cantidades significativas una vez que el Consejo de Política Fiscal y Financiera establezca el nuevo modelo para la asistencia sanitaria en los próximos cuatro años.

Señoría, usted interpreta correctísimamente la memoria de presupuestos, y sabe exactamente, y todas las señorías que están en esta sala lo saben también, que este presupuesto no es otro que aquel que conlleva la prórroga del acuerdo de financiación 1994-1997, en sus justos términos. Usted dice que no evoluciona al PIB, al 5,7; que realmente es un incremento del 4,8; que por consiguiente de aquí se puede derivar el poco interés del Gobierno por la sanidad pública de nuestro país; que el vicepresidente segundo del Gobierno adelantó que eran crecimientos del 8,6; señoría, creo que no merece la pena en esta Cámara

explicarle lo que usted ya conoce perfectamente, insisto, la prórroga del modelo, en sentido estricto. Además, creo que prorrogar un modelo que fue propuesto por el Grupo Socialista hace cuatro años no debe ser un mal modelo; estamos prorrogando, en definitiva, su modelo, señoría, y lo estamos haciendo con absoluto rigor, y esto significa que cuando el PIB es distinto al previsto al finalizar el año, lógicamente se debe ajustar, y se ha ajustado todos los años, cuando es por arriba y cuando es por abajo. El año pasado, en esta comparecencia, tuve la oportunidad de anticiparles que se ajustaba a la base, porque había habido un 0,8 puntos de PIB por debajo del previsto y, por tanto, se detraían de la base 21.000 millones de pesetas; el año pasado, señoría, no he oído ninguna manifestación en contra del cumplimiento del acuerdo. Sin embargo, este año parece ser que hay manifestaciones en contra de ese cumplimiento, con la misma técnica, con el mismo ajuste y con las mismas cantidades. Por tanto, señoría, quiero insistir una vez más en que el presupuesto crece en base al escenario del PIB 5,7, lo que supone en términos netos 200.000 millones más como consecuencia del PIB de 1997, más 25.000 millones como consecuencia de una entrega a cuenta prevista con cargo al nuevo modelo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y este presupuesto se le deduce lo que usted ya explicó, y lo hizo de una forma muy concreta: se le deducen los desequilibrios interterritoriales por valor de 16.000 millones de pesetas; se le deduce el PIB, que estaba previsto que creciese, aunque creció menos, no como consecuencia de una maniobra diabólica de nuestros responsables de Hacienda, sino como consecuencia de que el IPC se ha reducido y, por consiguiente, es razonable que, reduciéndose éste, dado que el PIB nominal es el componente del IPC y del crecimiento de la riqueza, tenga una minoración de PIB, se le reducen 26.000 millones por este importe y, además, se reduce el FIS, que, como usted sabe y explicó el señor subsecretario, pasa a los fondos del Ministerio de Sanidad, por 2.814 millones. Por consiguiente, señoría, el crecimiento exacto en términos cuantitativos es del 4,83 por ciento; en términos homogéneos, el 4,92 por ciento o, lo que es lo mismo, 176.000 millones de pesetas; ésta es la cantidad en la que crece este presupuesto con respecto al anterior; en términos de escenario, cumplimiento estricto de la prórroga con un 5,7 por ciento. Éstas son las cifras, señoría, que, estoy convencido, usted conoce y concuerda conmigo.

En cuanto a los desequilibrios interterritoriales, efectivamente, usted ya lo ha expuesto; no es posible decir por una parte dónde están los desequilibrios territoriales y por otra asegurar que crece un 4,8 por ciento. Como usted sabe, los desequilibrios interterritoriales se deducen del 4,8 por ciento y, como usted sabe también, no significa que desaparezcan 16.000 millones por desequilibrios interterritoriales. Lo que es oportuno es que, considerando que el Consejo de Política Fiscal y Financiera ha de entender de este asunto y ha de concretar no solamente el cuánto sino el cómo, de momento, en el presupuesto inicial no se incluya esta partida, y se deje pospuesto para el presupuesto definitivo con el que esperamos contar antes de finalizar este año dentro del Sistema Nacional de Salud.

Entrando ya a la concreción de los capítulos, no sabe exactamente, o al menos tiene dudas, de a dónde va el incremento del capítulo 1 —creo recordar— de atención primaria y también de atención especializada, y el número de MIR, el número de personas en formación.

En cuanto a atención primaria, el incremento neto de la subfunción son 25.587 millones de pesetas, lo que supone un 4,9 por ciento; el capítulo 1, como usted ha dicho, se incrementa en un 3,72 por ciento, a pesar de que los salarios sólo crecen el 2,1; por tanto, hay remanentes para hacer más actividad en primaria, y más actividad supone incremento de personal. El incremento de personal, señoría, supone que vamos a implantar 34 equipos de atención primaria; que vamos a crear 20 unidades de fisioterapia y 20 unidades de odontoestomatología; que vamos a crear 3 centros coordinadores de urgencias, o lo que es lo mismo, 061, y esta diferencia del 2,1 al 3,78 es justamente a donde van a parar las 20 unidades de fisioterapia, 20 de odontoestomatología, 34 equipos de atención primaria y 3 centros más 061.

En el apartado MIR concretaba que le gustaría conocer a qué obedece el incremento del 3,66 por ciento de este apartado. Obedece justamente a 237 MIR más que va a formar el sistema durante 1998, por tanto el Insalud formará a 7.714 MIR durante ese año. Como usted sabe, ésta es sistemáticamente la traslación del acuerdo sobre MIR al sistema, en este caso al Insalud.

Especial mención hizo usted a las transferencias a las comunidades autónomas, por tanto, a la subfunción 27, de aquí que usted estuviese preocupado por los desequilibrios interterritoriales, y me imagino que todas las comunidades autónomas confluyen con usted en esa preocupación. Quiero insistir en que los desequilibrios interterritoriales quedan a cuenta del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y por esto, señoría, el hablar del 4,8 por ciento y a la vez preguntar a dónde van 16.000 millones de los desequilibrios interterritoriales, cuando menos no es correcto. Las comunidades autónomas, como consecuencia de que en estos 16.000 millones tenían un peso fundamental una de las comunidades autónomas en cuanto a la percepción de estas cuantías, tienen pequeñas variaciones a la baja, considerando, insisto, que se extraen de esta partida que ahora presentamos los 16.000 millones a los que me acabo de referir. Por tanto, las comunidades incrementan su presupuesto en el 4,66, sin tener en cuenta —insisto— todas las cuestiones que he dicho, y con especial énfasis en los desequilibrios interterritoriales.

También como consecuencia de los acuerdos de transferencia firmados con anterioridad, disminuye porcentualmente, aunque sean milésimas en algún caso, centésimas en otros, las aportaciones de Canarias y de Valencia y, sin embargo, se incrementan con el mismo juego las de Navarra; esta subfunción —insisto— crece el 4,66, sin tener en cuenta los más de 16.000 millones que había previstos para desequilibrios interterritoriales.

Los criterios de elaboración del capítulo 1 son los criterios correctos de elaboración de este presupuesto de gastos, concretamente de gastos de personal. La intervención nos ha advertido en más de una ocasión que había nóminas

que se consignaban de forma incorrecta, e intentamos pactar con ellos que en el presupuesto de 1998 todas aquellas cuestiones que estaban de forma incorrecta en los presupuestos anteriores se reflejasen de forma directa. Por tanto, todo este incremento de incentivos al rendimiento, que es el artículo 15, no es otra cosa que concretar, de una vez por todas, señoría, los gastos exactos que se producen en atención continuada; desglosar lo que es atención continuada de lo que son los gastos por trasplantes y concretar estos gastos muy explícitamente en el presupuesto. Por tanto, no hay ningún incentivo perverso al rendimiento, ni extraño, ni atípico, sino exclusivamente la elaboración del capítulo 1, conforme a las previsiones de gasto que se han ido consolidando a lo largo de los ejercicios.

Hemos dicho que en recetas, y en el presupuesto está escrito, crecemos un 5 por ciento sobre el presupuesto inicial y, sin embargo, sobre la previsión de gasto en farmacia crecemos un 7,5 por ciento. Por tanto, éstas son las cifras que aclararán, en la medida de lo posible, sus dudas del presupuesto en farmacia.

Entrando en la atención especializada, me hacía usted dos o tres cuestiones muy importantes. Poner en duda esto es cuando menos no hablar honradamente de las cuestiones y de los intereses legítimos de cada uno. En política hay pocos principios, pero hay uno fundamental, que es decir las cosas conforme a la verdad.

Respecto al Plan estratégico, hemos establecido un compromiso con la subcomisión parlamentaria y no lo hemos presentado. Es verdad que otros servicios de salud no sólo han iniciado la elaboración del Plan estratégico después del Insalud, sino que incluso empiezan ya a presentarlo por partes. Parece que tienen menos respeto por la subcomisión, pero nosotros lo tenemos totalmente y hasta que no se concreten las conclusiones y recomendaciones de la subcomisión, que pretendemos adicionar y hacer nuestras en el Plan estratégico, no vamos a presentar dicho plan. Lo que se quiere decir es que, con el calendario en la mano y teniendo en cuenta las previsiones de la subcomisión —ésta ya las tiene, quedará por tanto el debate en Comisión y en Pleno—, parece razonable que en 1998 podamos orientar nuestros objetivos a ese Plan estratégico, una vez que ya se conoce el mismo y las conclusiones y las recomendaciones de la subcomisión parlamentaria a fecha de hoy.

En cuanto a las competencias entre proveedores públicos para que puedan competir con proveedores privados, esa interpretación es cuando menos malévola, se lo digo con todo respeto y en términos de defensa. Justamente es lo contrario de lo que usted interpreta y usted lo sabe. Estamos hartos ya de que desde algún sector se diga que los proveedores públicos gestionan peor que los privados. Estamos hartos ya de que se diga que es más ineficiente una sanidad de titularidad pública que de titularidad privada y lo que pretendemos, justamente, es dotar de herramientas a estos proveedores públicos para que puedan competir en igualdad de condiciones con los privados. En conclusión, justamente lo contrario de lo que ha dicho. Esto debemos dejarlo muy claro porque, si no, estamos creando inseguridad y desasosiego permanentemente a la gente que nos es-

cucha, primero diciendo que el presupuesto crece un 4,8, cuando sabemos que el presupuesto evoluciona al 5,7, literalmente. Además, sacados los desequilibrios interterritoriales por los que usted se preocupa, y le anticipo que los habrá, no crecen ni siquiera un 4,8, sino el 4,2 en términos homogéneos. Hemos prorrogado el acuerdo de financiación con el manual que nos hemos encontrado del modelo de financiación y eso no es crecer por debajo del PIB, eso es crecer de acuerdo con el escenario del PIB en un 5,7. Como esto es muy sencillo porque es un problema de cálculo, sobre cifras no podemos discutir, sobre hechos seguro que sí, pero sobre cifras no, porque no son opinables.

En cuanto al CMBD, efectivamente, nos hemos encontrado un conjunto mínimo básico de datos francamente deficiente; que el CMBD del Insalud de 1996 no superase el 70 por ciento es cuando menos llamativo, y lo que nos proponemos es llegar al cien por cien del CMBD. No sé a los párrafos y a los que hace referencia, pero le anticipo que el propósito de nuestro objetivo es pasar del 70 al 80-90 este año y llegar al 100 en términos cuantitativos de codificación al alta.

Por último, entrando en las cuestiones de atención especializada, cuando hablamos de que las estrategias en atención especializada son las del Plan de salud del Ministerio, no estamos diciendo nada extraño, estamos cumpliendo un mandato de la Ley General de Sanidad en el sentido de que el Plan de salud global es el conjunto de los planes de salud de cada servicio de salud. Por tanto, nos parece razonable hacer esto, sobre todo respecto de aquellos servicios de salud que posteriormente se transferirán a las comunidades autónomas. Estamos muy atentos, por consiguiente, a los planes de salud de las diez comunidades autónomas que gestionamos, no podía ser de otra forma.

¿Quién elaborará el Plan estratégico de centro? Los centros. Hay una comisión de seguimiento, pero lo elaborarán los centros como consideren oportuno.

¿En qué centros se aplicarán nuevas fórmulas de gestión? Considerando el respaldo parlamentario que ha obtenido la fórmula, en todos los nuevos centros que se abran, y así lo creemos y lo creen todos los gestores que se dedican a este sector en el ámbito del Estado.

Por lo que se refiere a los desequilibrios interterritoriales, no en cuanto a los 16.000, sino a cómo vamos a superarlos, tiene usted referencia en el capítulo 6. Si ve cómo va subiendo el presupuesto en cuatro comunidades autónomas, Castilla-La Mancha, Extremadura, Castilla y León y Baleares, puede observar que los desequilibrios interterritoriales a través de inversiones tienen aquí un especial énfasis. También el hecho de poner unidades de referencia o servicios de referencia a toda la comunidad autónoma, como es el caso de Castilla-La Mancha, radioterapia, hemodinámica. En el caso de Extremadura en 1996 ni siquiera estaba autorizado el servicio de cirugía cardíaca, lo cual era increíble; ni siquiera la plantilla del servicio de cirugía cardíaca en la comunidad autónoma de Extremadura estaba autorizado por el Insalud y, por tanto, ese servicio hemos tenido que dotarlo convenientemente. También vamos a incrementar el servicio de hemodinámica y

el servicio de cirugía cardíaca en la comunidad de Castilla y León.

En materia sociosanitaria vamos a intentar hacer algo, porque la verdad es que se había hecho poco o nada; por consiguiente, viendo las conclusiones de la subcomisión parlamentaria debemos actuar en los campos sociosanitarios en colaboración con las comunidades autónomas que gestionan los servicios sociales en los respectivos ámbitos.

La diferencia entre subvención a la estructura y subvención a la insuficiencia son términos de gestión pública rigurosa, términos que conllevan la utilización correcta de los recursos públicos que ponen a disposición de los gestores los ciudadanos españoles. Tenemos que distinguir aquellos hospitales que tienen un rendimiento óptimo, aquellos que no lo tienen como consecuencia de déficit estructural en el complejo hospitalario y aquellos otros —vamos a concretar una vez dada la subvención en la estructura— que deberían producir más, dar más actividad con el presupuesto que tienen.

Le anticipo que no vamos a externalizar servicios que actualmente están en los hospitales a través de conciertos. Seguro que me lo preguntará usted anualmente y la respuesta va a ser la misma y, si no, que se nos diga, porque eso de estar permanentemente como acusación, pero sin una imputación concreta, es la peor de las situaciones, se lo puedo asegurar.

Vamos a intentar hacer grupos relacionados de diagnóstico (GRD) con los conciertos. Nos hemos encontrado unos conciertos sustitutorios por estancias y, como usted sabe, eso no es muy eficiente. Si a los gestores públicos les exigimos que facturen por GRD, no parece muy razonable que no se lo exijamos a los proveedores privados. Supongo que usted estará de acuerdo en que hemos de hacer los conciertos más rigurosos que los que había.

Respecto a la demora en el pago y los 350 millones, durante la anterior comparecencia tuve ocasión de decirles que nos habíamos encontrado con un riesgo de demora en los pagos valorado en casi 10.000 millones de pesetas. Fénim nos anticipó —y lo he dicho hace un año— que, como consecuencia de la situación de endeudamiento que había padecido el sistema desde hacía mucho tiempo, tenían presentados recursos por demora en el pago y la suma total suponía 10.000 millones de pesetas. Esto quiero dejarlo claro por segunda vez. Por tanto, la situación en mayo de 1996 era una contingencia por este importe de demora en los pagos, incumpliendo la Ley de Contratos del Estado, a mayo de 1996, de alrededor de 10.000 millones.

Hemos reflejado aquí una partida de 350 millones porque estamos intentando negociar que no se concrete y no se lleve al Insalud al juzgado, como consecuencia de hechos a los que me acabo de referir y que den lugar a este tipo de problemas.

Yo no voy a responder a las cuestiones que no son de mi competencia. Lo que sí le digo es que el censo es una cosa y el padrón es otra. En eso estamos de acuerdo. Por tanto, el único censo que hay es el censo de 1991. El padrón de 1996 no es igual al censo de 1991, ni siquiera será igual al censo del 2001, que será cuando haya que concretar el censo.

Por tanto, con un criterio de rigor, habrá comunidades a las que se les aplique el padrón y no el censo y seguro que algunas estarán de acuerdo y otras no, pero para ser homogéneo lo que se aplicó en el acuerdo de financiación fue el censo de 1991. Eso no quiere decir que lo que se deba aplicar para el siguiente acuerdo sea el padrón de 1996, porque, si no, estamos aplicando cuestiones distintas. Sabe usted que el padrón está duplicado y por encima del censo. En todo caso, insisto, estas cuestiones escapan de nuestro ámbito competencial y estoy convencido de que se ventilarán en las mesas correspondientes.

Creo que le he dado respuesta al porcentaje de la gestión transferida, el 4,66 por ciento.

Por último, señoría, seguro que en informática nos hemos hecho un lío todos, porque usted ha hablado de cifras de 400.000 millones en informática y esto es imposible, porque todo lo que gastamos en capítulo 6 asciende a 46.000 millones; es imposible gastar 400.000 millones en informática. Sin embargo, creí que nos iba a facilitar por el capítulo 6, y se lo digo de verdad, porque observando su evolución en los últimos años francamente es para felicitar; honradamente. Otra cuestión es que seamos capaces de cumplir el gasto corriente que hemos previsto. Yo creo que sí; en capítulo 1 crecemos el doble de lo que crecen los salarios; en capítulo 2, con un 6,5 por ciento crecemos tres veces lo que crece el IPC, y en capítulo 6, con la contención que entre todos, insisto, los ciudadanos en primer lugar y los profesionales en segundo lugar, hemos hecho del gasto de farmacia, podemos presentar unos capítulos 6 y 7 con un crecimiento del 20 por ciento; en capítulo 6 un 16,45 y en capítulo 7 un 700 por ciento.

Por tanto, señoría, la cantidad destinada a informática asciende a 4.600 millones de pesetas, se destinan aproximadamente 2.000 millones a atención primaria, en atención especializada, va a haber entre 25 y 30 centros de salud más y, aunque no lo recuerdo ahora, le puedo concretar cuántos hospitales más vamos a informatizar. Sí le anticipo un compromiso que asumimos hoy mismo, y es que, en relación con los importantes adicionales que vengán para el Consejo de Política Fiscal y Financiera, sin duda una de las partidas prioritarias para inversión va a ser la informática en atención especializada. Por tanto, si tenemos recursos adicionales, sí vamos a incrementar estos 4.600 millones a los que usted se refiere en informática.

Por último, respecto a la subfunción 46, señoría, viendo las comparaciones que usted hacía entre la subfunción 46, que es la de control interno y contabilidad, con la del año pasado, he de decirle que no entendía. Es posible que la memoria esté mal redactada. En todo caso le anticipo: las perlas ontológicas, a las que usted se ha referido se las trasladaremos a la Intervención General de la Seguridad Social, que es la que ha redactado la memoria; sabe usted que ese programa es íntegro de la Intervención de la Seguridad Social. Lo que sí sé es que en el presupuesto de gastos del Insalud soportamos 4.197 millones de pesetas justamente para dotar de órganos de control financiero permanente a la totalidad de los hospitales durante 1998. Se ha empezado, con cierto retraso, pero se ha comenzado en 1997, y el Insalud ha puesto a disposición de la Intervención de la

Seguridad Social estos más de 4.000 millones de pesetas justamente para el control financiero y permanente de los centros sanitarios.

Las comparaciones, insisto, no guardan relación de homogeneidad porque se está comparando una subfunción, control interno y contabilidad, que no existía el año pasado, con una subfunción que por primera vez existe. Por tanto, honradamente, no sé cómo se pueden hacer incrementos del 48 o del cien por ciento, pero le aseguro que el año pasado la subfunción 46 estaba dentro de administración y servicios generales y no era una subfunción propia como es este año la de control interno y contabilidad.

Hasta aquí, señoría, el intento de responder a sus cuestiones y el agradecimiento por la sensibilidad que ha demostrado el grupo parlamentario al pedir mi comparecencia y por pedir todas y cada una de las explicaciones que en su abundante exposición ha hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, tiene la palabra, y le ruego que sea breve.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Procuraré ser breve porque tendremos ocasión, señor Núñez, de volver a insistir sobre algunos temas. También quisiera agradecerle su atención al querer contestar a todas estas cuestiones, le agradezco el tono que ha utilizado, aunque no parece que le hayan gustado algunas de mis expresiones, y lo que sí puedo indicarle es que también le agradezco que haya reconocido que el modelo de financiación del Gobierno anterior —dice— no debía ser un mal modelo. Por tanto, parece que es un buen modelo. Debe ser de las pocas cosas que el Gobierno actual dice que hizo bien el Gobierno anterior, porque continuamente hacen referencia a que todos los males del presente son consecuencia del Gobierno anterior, pero alguna cosa parece que no estaba mal.

Voy a señalarle algunas cuestiones. Yo no entiendo mucho; el año pasado había un programa en los presupuestos del Insalud, que era el 2592, que decía: control interno y contabilidad; y este año hay un programa, que es el 4692, que dice: control interno y contabilidad, y he comparado uno con otro y salen estos números que le he dado, y sale el mismo personal, etcétera, menos tres personas. En cambio, los incrementos de las partidas son los que le he dicho, y yo en ningún momento he hecho afirmaciones de si estaba de acuerdo o no con lo que se manifestaba. Simplemente eran interrogantes que se me planteaban al analizar los datos.

Yo estoy de acuerdo con usted, señor secretario general, en que la verdad es la verdad y lo que está escrito es lo que está escrito, y aquí, por ejemplo, cuando se dice que se mejorará, yo he entendido lo que usted señalaba y me parece que lo he explicitado; lo que se pretende es poner a los centros públicos del sistema en las mismas condiciones para que se puedan desarrollar, porque alguien dice que los privados y los de fuera del sistema gestionan mejor. No quisiera señalar quién lo dice, nunca lo hemos dicho nosotros y ya le he dicho yo (y me parece que también debe constar así en el acta correspondiente) que no estaba de acuerdo con esta apreciación, pero ustedes, el Gobierno o las per-

sonas y el grupo que sustenta al Gobierno, son quienes han manifestado reiteradamente que el sector privado gestiona mejor que el público, y admitiendo esto, es decir, en su filosofía, entiendo que quieren mejorar el público. Yo les felicito y estoy de acuerdo en que quieren mejorar el público, pero no para que entren en competencia, en igualdad de condiciones con el privado, que es lo que dice, lo que está escrito textualmente, y esto es la privatización pura y dura de la atención sanitaria, le guste o no le guste, señor Núñez. Otra cosa es que esté mal redactado y que su intención no sea éste. Yo me alegraré mucho y mi grupo también de que sea lo que usted dice, que como ustedes consideran que el sector público lo hace peor, le van a dar instrumentos para que lo haga mejor y estará equiparado al sector externo, pero no entrará en competencia en igualdad de condiciones con el sector externo para prestar la atención sanitaria. En esto estaríamos todos de acuerdo. Por tanto, es un problema de redactado. Yo no digo nada más.

Me voy a referir a otra cuestión para ir clarificando. Usted ha utilizado algunas expresiones a mi entender un poco duras cuando hablaba del plan estratégico del Insalud, etcétera. Yo he dicho lo que dice aquí. Una vez presentado el Plan estratégico en el año 1997... Yo le he preguntado dónde y con quién. Usted me dice: no, no lo hemos presentado porque somos muy respetuosos con la subcomisión; y me ha tachado de no sé qué. Yo he dicho lo que dice aquí. Pongan que no lo han presentado donde pone que lo han presentado. Pero, además, dice que va a ser muy respetuoso con lo que dice la subcomisión. Yo le pediría que también respetara a esta Cámara. El Insalud será muy respetuoso con el acuerdo que tome la Cámara, no la subcomisión, será el conjunto de los diputados. Igualmente, no se lo he dicho antes y se lo digo ahora, continúa hablando del real decreto-ley cuando este real decreto-ley ha quedado derogado por la ley aprobada por esta Cámara, y también van haciendo mezclas cuando hablan de las fundaciones del real decreto-ley y de la ley. Ajústense un poco a estas terminologías.

Después le hablaba, en la ley de acompañamiento de los presupuestos, de cuál era el concepto, que no me lo ha definido y se lo volvería a preguntar: ¿cuál es el concepto para el Insalud del complemento de dedicación exclusiva? Evidentemente, está dentro del complemento específico, pero ¿va a existir el complemento de dedicación exclusiva? ¿Qué concepto tiene? ¿Es una decisión personal de los facultativos, como se desprende, o no? ¿Qué concepto tiene?

En cuanto a las plazas, dice que es para solventar el problema de los interinos y por esto pone como única convocatoria este régimen. Yo le insistía porque, como usted muy bien dice, esto se regula por una orden ministerial que dice que no se ha cumplido desde no sé qué año (ustedes han tenido un año y medio para cumplirla y tampoco la han cumplido), y es evidente que sirve para solventar el problema de los interinos y de los no interinos. ¿O es que los no interinos no se podrán presentar a este concurso oposición? Es para todos aquellos facultativos que no tienen plaza en el sistema, no tiene plaza en propiedad fija y, por tanto, sirve para todo el mundo. Es una convocatoria gene-

ral y, en consecuencia, sirve para ésta y para cualquier convocatoria. Otra cosa es que los baremos para esta convocatoria, que es lo que aquí no se explicita, sean unos baremos específicos, donde ustedes quieran primar —es lo que me ha parecido entender por lo que ha dicho— la prestación en el sistema de servicios sobre otras cuestiones para que tengan prioridad en el concurso-oposición los interinos, pero es un concurso general.

Ya me ha explicado de dónde venían los 25.000 millones a cuenta, que son a cuenta de lo que dirá el Consejo de Política Fiscal y Financiera, pero no me ha contestado si todos los incrementos que se promulguen —parece que tiene que ser el Consejo de Política Fiscal y Financiera quien lo decida y no el Gobierno— van a ir a la gestión transferida, porque si no van todos a la gestión transferida, sino que también van a la gestión propia directa, los cuadros macroeconómicos y los números que nos han dado van a variar sustancialmente, por lo que tendremos que volver a discutir este presupuesto, evidentemente. Por eso le decía que estaría en la cuestión.

También quería señalarle que, en cuanto a los intereses de demora, yo entiendo su explicación y me parece muy correcto lo que ha dicho. Lo que no entiendo es por qué en el presupuesto de 1997 no lo pusieron, cuando en mayo usted dice que tenían el riesgo de 10.000 millones y pusieron cero pesetas, y por qué las ponen en 1998. Además, estos intereses de demora, que en principio reclamaba Fenín, respondían a facturas no conformadas ni configuradas por el propio Insalud, es decir, eran partidas no configuradas.

Respecto al tema de los MIR, usted me ha dicho que en 1998 va a haber un incremento de plazas, de 7.477 hasta 7.714. Pero es que en el propio cuadro, en la página 143, dice que el personal de formación postgraduada van a ser 7.687, menos de lo que usted me anuncia. A mí es que los números no me cuadran en los distintos sitios. Por tanto, pediría, si es que es factible, que hubiera alguna revisión que permitiera a justar unos cuadros con otros, porque los diputados de a pie, que tenemos que mirárnoslo sin más soporte que el propio, nos volvemos un poco locos en este tema.

Como ya le he dicho, vamos a pedir su comparecencia para aclarar algunas cuestiones, porque ahora no es el momento oportuno de pedir las. Le avanzo que le vamos a pedir una comparecencia ante esta Comisión para que nos explicita toda la inversión en informática que el Insalud pretende, es decir, clarificar este tema de los 4.695 millones, que es una parte importante del programa de inversiones para este año, y otra comparecencia para entrar en detalle de por qué se han prorrogado los períodos de finalización, por qué se incluyen unos, se quitan otros, algunos que se tenían que empezar en el año 1997 se empiezan ahora en 1998 y otros no están, etcétera. Esto se lo digo para no alargar y, en aras de lo que decía el señor presidente, me parece que queda claro.

Para terminar, insisto en el tema de la prestación farmacéutica. Que lo lean, y no es mala fe por mi parte. En la página 67 del proyecto de ley de acompañamiento se dice que cuando la presentación de la especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de re-

ferencia, el farmacéutico deberá sustituirla, excepto en el supuesto previsto en el párrafo anterior, por una especialidad farmacéutica genérica de idéntica composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, formas farmacéuticas, vía de administración y dosificación y de igual o de inferior cuantía que la establecida en el precio de referencia. Yo podría estar conforme con lo que usted señalaba, es decir, si el usuario o el paciente está de acuerdo, una vez informado, y el médico prescriptor también le habla, pero es que aquí se señala taxativamente que el farmacéutico deberá sustituir el medicamento, sin más, por la vía de hecho, no porque hayan establecido que haya un catálogo de medicamentos excluidos. Por lo menos han tenido la delicadeza de no utilizar el término que ustedes han manejado habitualmente cuando estaban en la oposición y se eliminaron algunos productos farmacéuticos. Pero repito que lo hacen por la vía de hecho, sin decreto ni orden, suprimiendo una cantidad de medicamentos. Porque si el farmacéutico va a sustituir todos los productos que superen el precio de referencia una vez establecido, aquí no se dice que se le da opción al paciente para que pague la diferencia, como nos señalaba, que parece que es la filosofía que usted sustentaba. No lo dice. Sólo dice que lo sustituirá por uno de igual o inferior precio. No vea en esto mala intención, no vea ideas malévolas, sino simplemente aclarar si es que hay confusiones en la lectura o en la escritura. A ver quién se equivoca más, si los que redactan o los que lo leen y lo interpretan.

Nada más. Esperemos vernos muy pronto para poder aclarar algunas cuestiones.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Núñez tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señoría, voy a intentar concretar las cuestiones a las que usted hace referencia.

El modelo de financiación anterior, en una de cuyas cuestiones usted concreta aquí que lo había hecho bien el partido al que usted representa, parece ser que se criticó en su día; puede ser. Nosotros lo criticamos por insuficiente; esto que quede claro. En todo caso, lo que llama mucho más la atención es que usted lo critique, como ha hecho pública y notoriamente, diciendo que se crecía con el 4,8, que no se cumplía el escenario de financiación y que no se cumplía el acuerdo. Cumpliendo literalmente el acuerdo, decir que no se está conforme con lo que uno mismo ha hecho, honradamente, habría que explicarlo mejor.

El ministro ha dicho que cree que el escenario de financiación, la base, es insuficiente; lo ha manifestado por activa y por pasiva. Está en las actas de esta Comisión y, por consiguiente, no voy a hacer referencia a ello. Por tanto, un modelo insuficiente ha de ser suplementado con cantidades adicionales. El modelo que usted o su grupo parlamentario presentaron en su día ahora no les gusta, y el Grupo Parlamentario Popular lo considera insuficiente, sin duda como otros grupos parlamentarios.

Usted me ha creado una intranquilidad intelectual acerca de la subfunción 46, y la vamos a estudiar para ver

exactamente qué es lo que ocurre. En todo caso, no se puede comparar un programa con una subfunción; esto ha de quedar claro. Porque en una misma subfunción hay programas que están dentro de otros. Usted no puede comparar una subfunción con un programa. Estamos de acuerdo. Esa comparación seguro que no es homogénea.

Yo agradezco las felicitaciones por la confianza del equipo del Ministerio de Sanidad en el sector público, porque realmente es así. Lo que le pediría es que constantemente no lo ponga en duda, porque por una parte nos lo agradece y por otra se pone constantemente en duda todo este tipo de cuestiones al decir cosas que usted sabe igual que yo que no son correctas. Dice que los conceptos crecen un 9,18 cuando no es verdad; los conceptos crecen un 4,16, incluido en él 1.000 millones de pesetas para la Fundación Hospital Arriondas, que es un hospital público del Principado de Asturias. Por tanto, esto no es verdad, y se incurre en responsabilidad cuando no se dicen verdades.

Le insisto en que usted ha sido partícipe y protagonista de la subcomisión parlamentaria en la apuesta decidida por la consolidación del sistema —yo no he tenido esa oportunidad— y usted conoce mucho mejor que yo el alcance y contenido de dichos debates. Yo no he querido ser irrespetuoso, insisto, cuando he hablado de la subcomisión; yo he hablado de la subcomisión, de la Comisión y del Pleno, y las conclusiones serán aquellas que nazcan del Pleno, no de la subcomisión parlamentaria ni de la Comisión. Eso es evidente y no hay necesidad de insistir en ello.

Una vez más usted tiene una gran capacidad para leer un texto y sacar las conclusiones que no se interpretan del contexto que usted lee. Precisa: ustedes dicen que han presentado el plan estratégico. Nosotros hemos dicho en el texto que presentaremos el plan estratégico, pero es que el año 1997 no ha acabado, señoría. Estamos en el mes de octubre, y si las conclusiones del Pleno se conocen antes de que finalice el año 1997, se cumplirá taxativamente el alcance, el contenido y el espíritu del texto al que usted acaba de referirse. Por consiguiente, déjenos todavía tener un espacio para presentar el plan, que, insisto, ha sido el único servicio de salud del Estado que ha sido respetuoso al cien por cien con los trabajos de la subcomisión. De esto quiero que quede constancia, porque hay otros que han iniciado su plan estratégico y pueden hacer lo que consideren oportuno. No ha habido el menor problema por parte de los grupos parlamentarios de la subcomisión.

Lo mismo ocurre, señoría, con la terminología del real decreto-ley. Lo hemos hecho con el mayor rigor posible, porque ustedes nos han recordado que las fundaciones las hemos hecho conforme al real decreto-ley y no a la ley. Señoría, no se nos acuse por las dos cosas a la vez. Si decimos taxativamente que las fundaciones han nacido conforme al real decreto-ley porque la ley es posterior a la constitución de las fundaciones, no nos diga que no hemos hecho referencia a la ley, porque seguro que si hubiéramos hecho referencia a la ley, usted me hubiera recordado que las fundaciones se han constituido conforme al real decreto-ley y no a la ley. Por consiguiente, se lo digo de verdad, es muy difícil poder satisfacerle plenamente, aunque en parte yo creo que sí lo estamos consiguiendo.

Usted dice que un año y medio es tiempo suficiente para solucionar la situación de las mil personas en nombramientos provisionales y no tengo comentarios al respecto. En un año y medio hemos detectado el problema, hemos buscado una fórmula, lo hemos pactado y está en el proyecto de acompañamiento. Ha transcurrido algún tiempo más en otras etapas y parece ser que a lo único que se ha dado lugar es a engendrar un problema, no a solucionarlo.

Los incrementos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, señoría, usted lo sabe mejor que yo, evidentemente que van a la gestión directa y a la gestión transferida. Imagínese que no; imagínese usted, diputado por una circunscripción electoral, cómo podría explicar esto, seguro que malamente. Por consiguiente, esto va a todo el sistema, como es razonable.

Los 350 millones por intereses de demora dice S. S. que por qué no iban en 1997. En 1997 hemos tenido que hacer frente a algunas sentencias por intereses de demora, lo hemos hecho a través de transferencias de crédito, por eso ahora posicionamos el crédito en el lugar adecuado y suficiente desde el punto de vista presupuestario, que es este capítulo.

Me gustaría estar en lo cierto con usted de que toda esa deuda pendiente con Fenín son facturas no conformadas. Me gustaría estar en la misma tesis que S. S. y así despejar problemas sin duda importantes.

Yo estoy encantado, se lo digo con absoluta sinceridad, de comparecer para explicar la inversión en informática e inversión en obra nueva. Creí que nos iba a felicitar por la inversión, se lo digo en serio. Entonces, tener la posibili-

dad de una comparecencia única para poder explicar por qué crecen un 20 por ciento las inversiones en el Insalud, manteniendo el mismo escenario financiero del anterior acuerdo cuando no crecía el capítulo 6, es una posibilidad que usted me ofrece y que acepto con mucho interés.

Reitero mi agradecimiento personal en cuanto a su intervención y quedo a su disposición para poder completar cualquier cuestión por escrito o fuera de esta sala.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor secretario general de Asistencia Sanitaria, por su comparecencia.

Finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las dos y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

ACLARACIÓN.—En el «Diario de Sesiones» de Comisiones número 243, correspondiente a la sesión celebrada por la Comisión de Sanidad y Consumo el 22 de mayo de 1997, en la que comparece el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria para contestar a las preguntas con números de expedientes 181/000597, 181/000600 y 181/000601, debe entenderse contestada asimismo la pregunta formulada por la señora Almeida Castro (Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya), sobre responsables de servicios que mantiene el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) sin tener la especialidad correspondiente. (Número de expediente 181/000583.)