



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 534

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 29

celebrada el martes, 13 de octubre de 1998

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 1999 (número de expediente 121/000141)

Página

15372

Se abre la sesión a las once y quince 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 1999 (número de expediente 121/000141)

— **DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL), A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (número de expediente 212/001560), DEL GRUPO SOCIALISTA DEL Número de expediente 212/001641) Y DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (número de expediente 212/001666)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que SS.SS. conocen, que es la 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 1999.

En primer lugar, comparece el subsecretario de Sanidad y Consumo, don Enrique Castellón, comparecencia que ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista y por el Grupo Parlamentario Popular. El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida no había solicitado la comparecencia concreta del subsecretario de Sanidad y Consumo pero, por acuerdo de la Mesa de la Comisión de Presupuestos, las preguntas que deseaban formular al director general de Farmacia se las plantearán al subsecretario de Sanidad y Consumo.

Sin más, damos la bienvenida al señor subsecretario de Sanidad y Consumo, que tiene la palabra para informar a la Comisión de Sanidad y Consumo sobre los Presupuestos Generales del Estado.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Si sus señorías no tienen inconveniente, voy a hacer una breve introducción sobre algunos aspectos generales y luego me someteré a las preguntas que quieran formularme.

El presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, incluyendo todas las transferencias internas o entre subsectores a favor del Sistema Nacional de Salud, así como las dirigidas a otros organismos del departamento, supone una variación positiva del 9,3 por ciento sobre el presupuesto de 1998. Para ser muy claro en cuanto a los incrementos y las cifras y evitar confusiones, diré que ésta es la cantidad en que aumenta el presupuesto del departamento en su conjunto, pero si hablamos de transferencias corrientes al Sistema Nacional de Salud, el incremento es del 9 por ciento, y si sumamos las transferencias de capital, el incremento sería el 9,5 por ciento, que no conviene confundirlo con el incremento del Sistema Nacional de Salud, que, de acuerdo

con los pactos de financiación, crece, como el PIB nominal, el 6 por ciento.

Ciñéndome al propio departamento, los gastos de personal experimentan un incremento del 1,8 por ciento, que es un incremento de carácter general en la Administración. Lo mismo tenía previsto crecer inicialmente el capítulo 2, pero aquí hemos aumentado ligeramente la partida para allegar fondos a los procesos de homologación de títulos, en este caso de especialistas en medicina familiar y comunitaria. También consolidamos, en cuanto al capítulo 2 se refiere, el fuerte incremento del año anterior en el programa de lucha contra el sida y contra el tabaquismo, haciéndose un ligero incremento de estas cantidades, pero sustancialmente pequeño en comparación con el crecimiento del año anterior, que, como saben SS.SS., fue importante.

En lo que se refiere a las transferencias corrientes, en el ámbito de las transferencias externas hay una dotación añadida de 150 millones para actuaciones en materia de educación para la salud y 30 millones en apoyo a los servicios de salud de países en vías de desarrollo.

En cuanto a las transferencias del Ministerio a favor de los organismos autónomos, simplemente destacar el interés que tiene para nosotros los recursos destinados al Instituto de Salud Carlos III, concretamente a favor de los programas de investigación sanitaria, que, en conjunto, en este capítulo de transferencias corrientes y transferencias de capital, suponen un aumento del 12 por ciento. Como he dicho antes, las transferencias dirigidas al Insalud en este ámbito del capítulo 4 suponen una elevación porcentual del 9 por ciento.

El capítulo 6 del departamento, inversiones reales, establece simplemente una actualización monetaria, es decir, un 1,8 por ciento del conjunto global de la inversión del departamento.

Respecto a las transferencias de capital, simplemente destacar la importante subida de las transferencias al Instituto de Salud Carlos III, de 761 millones de pesetas, lo cual supone un incremento porcentual del 12,4 por ciento. La transferencia a favor del Insalud también es importante en inversiones reales, ya que en el ámbito territorial y de la gestión directa supone un crecimiento de 24.248 millones de pesetas, es decir, un 59 por ciento sobre el mismo epígrafe del año 1998.

Este es un poco el resumen de lo que yo les quería contar. Para terminar, diré que el Sistema Nacional de Salud está ahora financiado de forma diferente, y esta es la justificación global del hecho de que el crecimiento de la transferencia al sistema por parte del Ministerio sea del 9 por ciento. Como saben SS.SS., ha culminado el proceso diseñado en el Pacto de Toledo en cuanto a la financiación de la asistencia sanitaria con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y ya no hay financiación con cargo a cuotas de la Seguridad Social; esta es la razón de tal diferencia. Al final, el Sistema Nacional de Salud se financia con los Presupuestos Generales del Estado en un 98,4 por ciento y el resto, un 1,6 por ciento, con ingresos propios, del Feder y otros.

Y ahora, si usted, señor presidente, si no tienen inconveniente, me someto con gusto a las preguntas que quieran formularme.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Bienvenido, señor Castellón, y gracias por su comparecencia.

Antes de hacer un análisis más detallado de las partidas que contiene este presupuesto del Ministerio de Sanidad, me parece obligado realizar algunas consideraciones generales, tal como hace el mismo Ministerio a la hora de presentar el presupuesto en el documento que ha entregado a la Cámara, sobre cuales son los principios y objetivos que se han tenido en cuenta por parte del Gobierno en la elaboración de estos presupuestos.

El proyecto elaborado para 1999 en algún momento nos ha parecido que quizás sea el último que pueda realizar este Gobierno, ya que la disminución de más de 5.000 millones de pesetas en el conjunto del presupuesto, que pasa de 17.000 a 12.000 millones de pesetas, está en la línea de que, si seguimos así, dentro de poco el Ministerio de Sanidad va a perder prácticamente sus competencias, su capacidad y su autoridad desde el punto de vista sanitario en el conjunto del Estado.

Este presupuesto, consolida las directrices y las graves decisiones que, a nuestro juicio, tomó este Gobierno en materia sanitaria desde el primer momento. Para este grupo parlamentario, la política sanitaria está produciendo una situación delicada y difícil para la consolidación del Sistema Nacional de Salud en los principios básicos que lo sustentan y que han sido sostenidos con el esfuerzo de todos los ciudadanos a lo largo de muchos años. Y estos principios no son otros que el aseguramiento único y público del sistema, la suficiencia financiera del mismo, su equidad territorial y la equidad en el acceso a las prestaciones públicas, el equilibrio territorial que permita que todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia, tengan igual prestaciones e igual acceso al sistema.

Estos principios básicos, que nosotros consideramos justos, no son los que rigen la política sanitaria del Gobierno y, por tanto, no son los que contienen estos presupuestos para 1999, a pesar de la literatura contenida en este documento y en algunos otros que elabora el Gobierno, que pretenden confundir cual es realmente la práctica política sanitaria que se está desarrollando y que se plasma en este documento presupuestario. Esta práctica política se concreta, en primer lugar, en un sistema de financiación sanitaria aprobado por primera vez sin un consenso total y que consagra los desequilibrios territoriales, estando basado en criterios de ahorro y transferencias internas de gasto farmacéutico e incapacidad temporal que están provocando una preocupante inseguridad, inviabilidad e insuficiencia financiera del sistema, al estar basado en premisas poco ciertas.

Mientras que se preveía un ahorro de 65.000 millones en gasto farmacéutico, el aumento de este gasto va a provocar probablemente un déficit a final de año de más de 100.000 millones de pesetas. Asimismo, la política del medicamento, en lugar de dirigir sus esfuerzos a conseguir un uso racional del mismo, se ha traducido en la eliminación de 800 especialidades que en muchos casos no tienen equivalentes en la financiación pública. Este es el ejemplo más claro y significativo, pero no el único, en el recorte de

prestaciones y que debe ser el reflejo de los objetivos que se desarrollan en el documento presupuestario cuando se dice literalmente que hay que precisar el ámbito del aseguramiento público definiendo las responsabilidades del Estado y de los individuos, o cuando se dice textualmente también que el reto del aseguramiento universal conlleva la necesidad de estudiar y revisar la ordenación de las prestaciones, o bien cuando se habla de modernización del sistema y se dice que hay que flexibilizar la provisión de los servicios. ¿Qué quieren decir con todo esto, señor subsecretario? ¿Es realmente lo mismo que consolidar el aseguramiento público universal equitativo y no contributivo, o que la estabilidad de la financiación sanitaria con garantía de suficiencia y equidad, o con el pleno desarrollo del modelo territorial, cuando han quedado bloqueadas las posibilidades de culminar transferencias a las Comunidades Autónomas? Estas expresiones tan contradictorias están escritas por el mismo Gobierno, unas en el documento de presupuestos —las primeras—, y las otras en el documento del Ministerio de Sanidad que hace balance de gestión. ¿Con cuáles de ellas debemos quedarnos? Con lo que dicen los números, evidentemente, y con la cruda realidad de los hechos que día a día nos presentan con sus acciones políticas.

Voy a entrar a analizar con algún detenimiento los programas concretos que contienen estos presupuestos del Ministerio de Sanidad para el año 1999, que, por ejemplo, conceden, en teoría, una gran importancia a los programas referentes a la salud pública, llamándonos la atención que, entre los objetivos declarados, se concede esta gran importancia a la formación de esa salud pública para desarrollar con efectividad programas sobre el sida, sobre tabaquismo, enfermedades emergentes, información epidemiológica, etcétera, y luego el presupuesto queda congelado y no aumenta en relación con el año 1998, con la consiguiente depreciación del gasto.

Nos llama asimismo la atención que en el Programa 403.C, Sanidad Exterior y Coordinación General de la Salud, aumente el capítulo 4 de transferencias corrientes en 150 millones de pesetas, pero que de esto no se beneficien los programas desarrollados por las Comunidades Autónomas, que ven congeladas las aportaciones del Ministerio para el desarrollo de estos mismos programas a los que antes me refería: sida, tabaquismo, enfermedades emergentes, etcétera.

No es éste el único ejemplo en el que las Comunidades Autónomas ven congeladas las aportaciones del Estado a programas específicos. ¿Quién va a desarrollar estos proyectos? ¿Qué proyectos son los que se van a poner en marcha durante el próximo ejercicio? Por otra parte, este programa recorta curiosamente el capítulo 1 y el capítulo 2, con una disminución de 38 y 13 millones, respectivamente. Nos gustaría alguna aclaración, al respecto, ya que éste no parece un apartado de importancia para que desde el Gobierno central puedan ejercerse las imprescindibles funciones de coordinación, formación y ejercicio de la autoridad sanitaria.

Las relaciones del Ministerio con las Comunidades Autónomas no parece que sean muy fluidas y eficaces, ya que en estos presupuestos las Comunidades son las grandes olvidadas y el Ministerio cierra sus puertas, ¿cómo expli-

car, si no, que en el presupuesto de 1999, dentro del capítulo 7, disminuya en 5.794 millones de pesetas las inversiones directas en Comunidades Autónomas? ¿Acaso, una vez terminado el convenio con la Comunidad Autónoma de Canarias no se ha encontrado ningún otro proyecto de interés para no perder este volumen de inversión? Nos gustaría una aclaración por su parte en este sentido.

Voy a referirme, a continuación, a los programas que desarrollan las políticas sobre medicamentos y productos sanitarios, en concreto, el Programa 403.B. Hace pocas semanas tuvimos ocasión de debatir sobre el principal instrumento de gestión que desarrolla estas políticas, la Agencia Española del Medicamento; por tanto, no abundaré sobre el criterio del Grupo Socialista en cuanto al desarrollo que ha tenido la Agencia en este último año, pero sí voy a referirme a algunas cuestiones que ponen claramente de manifiesto los presupuestos. En primer lugar, las contradicciones entre la Dirección General de Farmacia, que pierde capacidad presupuestaria con una disminución de 34 millones de pesetas, mientras que la Agencia aumenta su presupuesto en 81 millones, además de la duplicidad de funciones que puede darse en este caso, que no se corresponde con los niveles de Subdirección General otorgada a una y de Dirección General otorgada a otra.

¿Desde dónde se ejerce la autoridad sanitaria en estos ámbitos? ¿Desde dónde se marcan las directrices políticas en aspectos tan fundamentales como el control, inspección y farmacovigilancia que permitan identificar y cuantificar los riesgos nuevos, eliminando riesgos innecesarios a la población? ¿Desde dónde se proponen las medidas para avanzar en el uso racional del medicamento? ¿Desde dónde se relacionan los medicamentos que han quedado o quedarán excluidos en un futuro de la financiación pública? Sobre la intervención de precios y especialidades farmacéuticas nos gustaría conocer, señor Castellón, cómo es posible que todas estas funciones se lleven a cabo, tal como parece, a través de una Agencia que no recibe una sola peseta de los presupuestos del Ministerio de Sanidad. No recibe una sola peseta de aportación pública, su única financiación, su único presupuesto de ingresos es a través de tasas. Nos parece una situación verdaderamente inaudita. ¿Existe —no ya en el Ministerio de Sanidad, sino en todo el Estado— algún otro organismo público dependiente de él, que no reciba ninguna aportación de los Presupuestos Generales del Estado? Se financia —como ya le he dicho— exclusivamente de tasas y precios públicos. Sin embargo, tal y como la diseñaron ustedes, la Agencia puede financiarse con fondos privados procedentes de empresas y laboratorios. Nos gustaría saber por qué no se previenen ingresos por estos conceptos. ¿Qué aportaciones ha recibido la Agencia en el año 1998 procedente de estas vías? ¿Qué aportaciones creen que van a percibir durante el año 1999? Quisiéramos saber también por qué el presupuesto de la Agencia ha aumentado un 48 por ciento en su capítulo de personal y 28 millones en el capítulo 2, pasando de 445 a 473 millones de pesetas en 1999.

A continuación voy a pasar a analizar las políticas de investigación, información y control desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, contenidas en los Programas 542 y 411, que desde nuestro punto de vista —y parece que también desde el del Ministerio de Sanidad— merecen una

gran importancia. Lo primero que nos llama la atención es la gran defensa que se hace en el documento presupuestario de las políticas de investigación y desarrollo como elemento primordial de una sociedad moderna, fortalecida por el Gobierno con la creación de la Oficina de Ciencia y Tecnología, pero no sabemos donde tiene su correspondiente financiación esta oficina y, por tanto, nos gustaría que nos lo indicara.

Igualmente nos llama la atención que se destaque la relevancia de la colaboración en investigación con las universidades y otros centros, cuando el presupuesto congela las partidas correspondientes. El principal instrumento para el desarrollo de estas políticas es, sin duda, el Instituto de Salud Carlos III. Este Instituto está diversificando mal sus funciones y complicando el organigrama, sin que estén en absoluto claros los mecanismos de relación, coordinación e interdependencia entre ellos. La investigación sanitaria está desapareciendo de los centros hospitalarios y se está destinando a los grandes mausoleos científicos, tal y como se consagra en este presupuesto.

El Instituto Carlos III, que depende de la Subsecretaría del Ministerio, tuvo el año pasado un añadido al crearse la Fundación Carlos III para la Investigación del Cáncer, a la que se transfieren 1.000 millones de pesetas para inversiones en el capítulo 7 y 500 millones directamente del Insalud, también en transferencias de capital, lo que es realmente sorprendente. Nos gustaría conocer a este respecto tres cuestiones. ¿Por qué esta diversidad en los ingresos? ¿Por qué esta Fundación no cuenta con transferencias corrientes, en el capítulo 4 para sus actividades ordinarias de investigación? ¿En qué fecha va a ponerse en funcionamiento el Centro de Investigaciones Oncológicas? ¿Es que recibe aportaciones privadas, conseguidas por el director de esta Fundación, ya que según el contrato suscrito con el Ministerio es una de las vías para aumentar sus ingresos particulares, su salario? ¿Cuál es el presupuesto de la Fundación Carlos III para la investigación del cáncer? ¿Por qué no se incluyen los presupuestos de esta fundación dentro del presupuesto general del Ministerio de Sanidad y Consumo?

Además, este año tenemos una nueva sorpresa —y lo digo así porque no nos parece lógico que estas decisiones del Gobierno se conozcan por estos procedimientos—, me refiero a la creación de una nueva fundación, la Fundación Carlos III para la Investigación de Enfermedades Cardiovasculares, que recibirá 300 millones de pesetas a través del capítulo 7 de inversiones. Nos gustaría hacerle preguntas similares a las anteriores con relación a esta nueva Fundación que aparece en el documento presupuestario. En este caso, si es posible, con alguna explicación más general sobre los objetivos y los programas, sobre quien dirigirá esta fundación y que nos aclare más allá de la escasa línea que aparece en el documento presupuestario sobre este nuevo servicio que se incorpora al Instituto Carlos III.

El Instituto ha aumentado sus presupuestos considerablemente —lo decía usted en su presentación— a través de las aportaciones del Ministerio, tanto en capítulo 4 como en capítulo 7. Le rogaríamos alguna aclaración en este sentido y también cual es el cambio de criterio en el Ministerio que ha hecho variar los presupuestos destinados al fondo de investigación sanitaria que han disminuido 100 millones de

pesetas. En 1998 se destinaban 500 millones a la Fundación de Investigación Oncológica. El Instituto Carlos III ha pasado de 14.448 millones de pesetas en 1998 a recibir 16.159 en el año 1999, un aumento de 1.710 millones de pesetas, de ellos 1.570 son aumentos directos de transferencias del Estado. Nos parece excesivo, además, el aumento del capítulo 1, de 120 millones, y de 157 millones en el capítulo 2, mientras que en el capítulo 4 para becas de investigación se mantiene inalterable. El capítulo 6 pasa de 998 millones a 1.534, un aumento de 536 millones, pero no aparece ninguna especificación, ninguna aclaración sobre el destino que se va a dar a este aumento de 536 millones de pesetas. Espero que usted pueda aclararnos este aspecto.

Por último, le pediríamos aclaración sobre la disminución en el presupuesto de ingresos de 360 millones de pesetas en el concepto de ingresos patrimoniales, que aparece en el presupuesto de ingresos del propio Instituto Carlos III.

Quiero referirme, finalmente, a los Programas 443.B y 443.C, dedicados a la ordenación del consumo y fomento de la calidad y a la protección de los derechos del consumidor, que se desarrollan a través del Instituto Nacional de Consumo. El incremento que se ha producido en este presupuesto es poco relevante, pasando de 1.635 millones a 1.655; es decir, 25 millones más que el año anterior. Igualmente consideramos que ha sido poco relevante la política desarrollada por este organismo, que aún no ha puesto en funcionamiento el compromiso del presupuesto del año 1998 de dotar de personalidad jurídica propia al Consejo de Consumidores y Usuarios. No se ha aprobado la norma y, por lo tanto, no ha podido recogerse presupuestariamente, por lo que consideramos que difícilmente podrán avanzar en las políticas de defensa de los consumidores. ¿Puede informarnos de cuándo dotarán de personalidad jurídica al Consejo de Consumidores y Usuarios? ¿Cómo van a potenciar las juntas arbitrales de consumo? ¿Qué medidas van a adoptar para facilitar la incorporación de las asociaciones de consumidores y usuarios en el proceso de adaptación de las normativas comunitarias a la normativa española?

Señor Castellón, doy por terminada mi primera intervención y espero su respuesta, con la que espero obtener satisfacción a las preguntas formuladas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Yo también agradezco al señor Castellón su presencia en la Comisión y las aclaraciones en torno a los presupuestos de su departamento que seguramente ofrecerá.

En primer lugar, quiero decir que estos presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1999 avanzan decididamente por un camino en el que no destaca —no es así, sería demagógico decirlo— la disminución del gasto público, sino que, en mi opinión, la característica fundamental que lo impregna es que, al igual que dijeron ministros de Industria en el pasado que la mejor política industrial es la que no existe, en el Ministerio de Sanidad parece que la consigna es que la mejor política sanitaria es la que no existe. Evidentemente eso es compatible con incrementos relativamente importantes del gasto público, pero avanzando

decididamente en la fragmentación, en la descoordinación del sistema sanitario. Ésta es una característica que impregna a todo el presupuesto del Ministerio de Sanidad y que utiliza el gasto público para el objetivo de avanzar en el proceso de privatización de la sanidad. No obstante —los discursos generales tienen otro momento procesal para realizarse—, lo que yo pido al señor subsecretario en este momento es que aclare algo que no ha explicado y que, evidentemente, es uno de los puntos fundamentales que le competen y que debe definir hoy aquí.

El acuerdo de financiación de la sanidad preveía ingresos de 65.000 millones de pesetas procedentes del ahorro en prestaciones por enfermedad e incapacidad transitoria, de las aportaciones de la industria farmacéutica y del ahorro derivado del Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos. No quiero insistir en los argumentos pero hay algo que hay que aclarar hoy aquí. Los datos de gasto público global en farmacia, a finales del mes de agosto, arrojaban una desviación cercana al 14 por ciento. Es verdad que esta desviación procedía de alguna de las Comunidades Autónomas con el Insalud transferido, pero también es verdad que la desviación del gasto farmacéutico del propio Insalud era muy superior a la presupuestada, lo cual arroja un saldo negativo evidente que el señor subsecretario tiene que aclarar cómo se va a solventar y, sobre todo, si para el año 1999 se van a mantener criterios semejantes que se han visto inútiles a la hora de reducir el gasto farmacéutico. Tengo que decir que desgraciadamente no ha sido así en cuanto al ahorro en incapacidad transitoria, que está siendo muy eficaz desde el punto de vista del ahorro, en la misma medida que está teniendo repercusiones muy graves en la protección por enfermedad de los trabajadores con incapacidad transitoria. Es el momento de plantear aquí qué va a pasar con el Real Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos, toda vez que varias Comunidades Autónomas han utilizado su autoridad y sus competencias para negarse a que la exclusión de la financiación pública de los medicamentos se produzca en sus territorios, y la última novedad es que los Ayuntamientos del País Valenciano pretenden hacer lo propio. Es decir, hay un cuestionamiento evidente de la autoridad del Ministerio de Sanidad que no se puede ocultar. También está anunciado un Real Decreto sobre precios de referencia. En las condiciones concretas en las que está redactado el proyecto, el alcance es mínimo puesto que afecta exclusivamente a medicamentos genéricos. Quisiera saber qué ahorro en gasto farmacéutico está previsto por este concepto, que lógicamente estará plenamente vigente para 1999, y quiero saber su opinión porque estimo que la cantidad que se pueda ahorrar por estos conceptos va a ser prácticamente nula, pese a que —como usted bien sabe— nosotros apoyamos la idea, pero da la sensación de que lo farragoso del texto y lo ambiguo y raquítico de su alcance no va a permitir que tenga grandes repercusiones en la disminución del gasto.

Quiero hacerle algunas preguntas concretas, más allá de las que ha señalado la portavoz del Grupo Socialista y que no quiero repetir. Aparece una transferencia de capital de 1.300 millones de pesetas al Hospital Clínico de Barcelona. Yo no llego a entender en concepto de qué. El Hospital Clínico de Barcelona no se integró en su momento en el Insalud, pertenece a la Universidad de Barcelona y está

concertado con el Instituto Catalán de la Salud. Según mis informaciones —que pretendo contrastar con las suyas—, el Hospital Clínico de Barcelona también cuenta —cómo no— con la novedad de los tiempos que corren, con una fundación, que le ha permitido obtener una cantidad importante —1.700 millones en 1997— obtenida de laboratorios para el concepto de ensayos clínicos. Supongo que en este monto no estará en condiciones de responderme a cuántos y cuáles ensayos clínicos se han realizado por este hospital, autorizados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. En cualquier caso, parece que tal transferencia de capital al Hospital Clínico de Barcelona carece, en mi opinión, de justificación alguna desde el punto de vista de la ordenación y planificación de los servicios sanitarios.

Quiero señalar también que cada vez nos alejamos más del 0,7 destinado a cooperación internacional. En lugar del 0,7, según mis cálculos, la cantidad adjudicada a cooperación internacional es el 1 por mil del 0,7, es decir, una cantidad absolutamente ridícula, 196 millones de pesetas en un presupuesto de cuatro billones, que yo creo que habla por sí sola de cómo entiende un ministerio como el de Sanidad la cooperación interna al respecto. Otro tanto quiero señalar en relación con la formación continuada. El señor Castellón y los otros grupos parlamentarios saben la gran preocupación de Izquierda Unida con respecto al deterioro creciente y acelerado del ejercicio concreto de las competencias en materia de formación por parte del Ministerio de Sanidad, la formación continuada y la formación en general, incluidas la formación MIR, escuelas de enfermería, etcétera, las cuales se destinan, según mis cálculos, el 0,8 por ciento de todo el presupuesto del Ministerio de Sanidad.

En relación con la investigación, yo creo que la valoración general que he hecho al comienzo de mi intervención es perfectamente aplicable a cómo entiende la investigación el Ministerio de Sanidad. Se disminuye el presupuesto general de investigación, de la investigación normalizada o estable llevada a cabo por los organismos competentes, mientras se destina cantidades muy importantes —y, como ha señalado el Grupo Socialista, sin que aparezcan en los presupuestos globales por ningún sitio— a institutos y a fundaciones lumbreira, al margen de la investigación general que pueda producirse en el conjunto del sistema sanitario.

Algo parecido ocurre con los programas para prevención y promoción de la salud. Que el Ministerio de Sanidad destine 375 millones para el año 1999 a programas de promoción y prevención de la salud yo creo que habla por sí solo de cómo entiende el ejercicio de estas tareas dicho Ministerio y qué importancia le otorga, más allá de declaraciones grandilocuentes en onomásticas concretas o en determinación de objetivos de los presupuestos.

Para finalizar, señor Castellón, ¿cómo es posible que a la planificación sanitaria, al presupuesto de la Secretaría General se destine el 0,4 por mil de todo el presupuesto? Es decir, 188 millones de pesetas van a gastar ustedes en el ejercicio de la planificación sanitaria, de la ordenación de los recursos sanitarios, en el concepto concreto mediante el cual debe articularse el funcionamiento de todos los servicios y recursos sanitarios al cumplimiento de objetivos de

salud, que por otra parte no aparecen identificados por ningún sitio.

Agradeciéndole que lo que esté en condiciones de responder me lo responda y lo que no, si es posible, como lo que me he referido en relación con el Hospital Clínico de Barcelona, tenga a bien enviármelo por escrito, termino mi intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: En primer lugar, en nombre del Grupo Popular agradezco la comparecencia del subsecretario para explicar los presupuestos del Ministerio de Sanidad para el año 1999. En segundo lugar, quiero matizar algunas de las cuestiones que los intervinientes anteriores han comentado sobre los presupuestos. Nosotros consideramos que el Gobierno, con estos presupuestos que ha presentado ante las Cortes Generales, cumple dos mandatos parlamentarios. Por un lado cumple con el Pacto de Toledo y, por otra parte, cumple con el acuerdo parlamentario de la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la Modernización y Consolidación del Sistema Nacional de Salud. Es evidente —yo no sé si parece interesante o no para los grupos de la Cámara que no apoyan al Gobierno— que la Seguridad Social ya no financia la sanidad —por tanto, la aportación del Estado al presupuesto del Ministerio de Sanidad es el cien por cien, exceptuando un pequeño porcentaje sobre ingresos propios— y que el incremento de los presupuestos de Sanidad con respecto al año 1998 es del 9,34 por ciento. A mí me parece que hay que poner de manifiesto el esfuerzo que hace el Ministerio, y por tanto todos los ciudadanos de este país, para que el presupuesto sanitario sea de 4 billones 12.351 millones de pesetas. Decíamos que era un mandato parlamentario atendiendo no solamente al mandato constitucional, incluso al desarrollo de la Ley General de Sanidad, sino al mandato parlamentario de la Subcomisión del Congreso de los Diputados, cuyas conclusiones se aprobaron en el mes de diciembre del año pasado, y que apuesta por la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, que fundamentalmente se desarrolla en dos aspectos. Uno es un sistema financiero estable. Todos tenemos la experiencia de que hasta el año 1994 no había financiación propiamente dicha de la sanidad y que a partir del año 1994 se da un paso en ello muy importante, pero insuficiente, y a resultas de la Subcomisión del Congreso de los Diputados y como acuerdo definitivo del Consejo de Política Fiscal y Financiera se alcanza un acuerdo, valga la redundancia, que hace que la financiación de la sanidad sea estable, y con ello también una mejora de las prestaciones sanitarias desde la equidad y accesibilidad de los ciudadanos al sistema. Estos son algunos de los aspectos fundamentales que hay que valorar en este presupuesto, algunas de las cosas que ha dicho el subsecretario en su intervención que a mí me parece importante resaltar, pero cuando se habla de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud seguramente hay que incidir en algunas cuestiones que son competencia directa del Ministerio, en este caso del subsecretario. Podríamos establecer algunos aspectos de la organización nacional de trasplantes, la coordinación de los

trasplantes en sí misma, las actividades adicionales que a partir del año 1999 se establecen en estos presupuestos, como son los bancos de tejidos y la acreditación en la coordinación de los trasplantes y el protagonismo de los profesionales, que creo que alguno de los intervinientes anteriores ha citado de pasada diciendo que le parecía insuficiente.

Seguramente todos, incluido el Ministerio, consideramos que los presupuestos que se presentan ante las Cortes Generales son insuficientes y querríamos más, pero como hemos dicho en repetidas ocasiones hay que coordinar las políticas sanitarias. Todos sabemos que la gestión de la sanidad no sólo depende del Ministerio y del Insalud sino que depende también de algunas Comunidades Autónomas que tienen transferida la asistencia sanitaria. Por eso es importante hacer referencia a algunos de los apartados donde se establecen los objetivos a alcanzar por parte del Ministerio. Hay que recordar que los presupuestos no son más que la herramienta o el mecanismo que el Gobierno tiene para alcanzar los objetivos en cualquier Ministerio o en cualquier departamento, en este caso en el Ministerio de Sanidad; pues habría que hacer referencia fundamentalmente a la salud pública. Nosotros creemos que hay una buena promoción de la salud pública a través de diferentes programas como la lucha contra el sida. Me gustaría saber si en los dos últimos años ha habido incremento o se ha estabilizado el número de personas que se consideran seropositivas o que están diagnosticadas de seropositivas, que estaban contabilizadas en 120.000. Es evidente que habría que solicitar del Ministerio una política desde el punto de vista de la lucha contra el sida, si se pretende hacer una política mejor o más incisiva en la información y prevención de la enfermedad en sí misma o se actúa fundamentalmente desde el punto de vista terapéutico.

Los hábitos saludables de la vida con respecto a la información que los ciudadanos pueden tener en cuanto a la prevención de enfermedades, actuaciones encaminadas a lograr la reducción del abuso de alcohol y dependencia de sustancias tóxicas, nos parecen cuestiones fundamentales en una sociedad de un nivel como el de la española, donde no solamente hay que tener actuaciones desde el punto de vista terapéutico o curativo, sino que tiendan a mejorar la calidad de vida, que es en resumidas cuentas lo que se pretende con esta promoción de hábitos saludables de la vida. En cuanto a la lucha contra el tabaquismo, que es una cuestión asumida por las Comunidades Autónomas pero que hay que coordinar desde el Ministerio, hay que aportar las nuevas ideas que surgen en este momento para evitar que se incremente el consumo de tabaco en este país. El Plan Nacional de Hemoterapia y las medidas relativas a la selección de donantes, pruebas serológicas, sistemas de control, hemovigilancia, inspección, etcétera, son algunos de los aspectos que creemos que hay que destacar en lo que constituye una de las cuestiones fundamentales de la salud pública. Es interesante hacer referencia a uno de los capítulos importantes del Ministerio, como es la ordenación de medicamentos y productos sanitarios. Fue un avance fundamental cuando se aprobó la Agencia Española del Medicamento. Se siguen dando pasos muy importantes no sólo desde el punto de vista de la financiación, sino en la buena estructuración de esta Agencia para coordinar y tomar las iniciativas en política del medicamento. También creemos

que es muy importante la ayuda a la investigación, ya sea desde la formación y control sanitario, la ayuda a todos los investigadores de diferentes aspectos y áreas del departamento.

Para terminar, me gustaría resumir la intervención del subsecretario y lo que significan los presupuestos del Ministerio de Sanidad en dos aspectos fundamentales. El incremento de la financiación y del presupuesto de 1998 fue un avance importante que en el año 1999 se consolida y se da un paso muy importante para apoyar la investigación en nuestro país. Si hubiera que reducir en dos palabras el presupuesto del Ministerio de Sanidad, habría que decir consolidación del crecimiento y aumento de la investigación.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede dar contestación el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Voy a tratar de contestar a las preguntas que se me han formulado. Pido anticipadamente disculpas si no he tornado nota de todas las cosas, especialmente en el caso de la portavoz del Grupo Socialista que ha ido un poco deprisa para la capacidad que tengo de ir tomando notas. No obstante, me puede repetir las preguntas y las que sepa en este momento se las contestaré.

Empezó con algunas consideraciones generales acerca del sistema, y yo también voy a empezar contestando a esa impresión general que ha transmitido acerca de esta cuestión. No puedo evitar que S.S. busque indicios de desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud, aunque pierde el tiempo porque no los va a encontrar, y lo que encuentre, por lo que ha planteado, es un poco forzado; porque es forzado decir que el Ministerio de Sanidad pierde autoridad porque deja de financiar un convenio con la Comunidad Autónoma de Canarias por el que había que hacer frente al coste de la construcción de un par de hospitales y luego vuelve a preguntar por los cinco mil millones de diferencia. Al dar este pequeño detalle S.S. ha suscitado una cuestión importante y es que el presupuesto del departamento es exiguo comparado con el presupuesto del conjunto del sistema, y no podía ser de otra manera. De cara al futuro, cuando esté todo transferido y nos parezcamos a otros países que tienen la asistencia sanitaria completamente descentralizada —estoy pensando en Canadá, Suecia, Alemania o en países de este tipo en los que sigue existiendo un departamento de sanidad— es evidente que el volumen de recursos de ese departamento no condiciona la autoridad que el mismo pueda tener. ¡No faltaría más que para tener autoridad el departamento tuviese que tener tantos recursos como el conjunto del sistema! El departamento tiene y tendrá unas funciones de coordinación general que no tienen un correlato presupuestario como pueda tener un departamento que tiene a su cargo la gestión del sistema.

Los hipotéticos desequilibrios territoriales o de financiación del sistema no existen. No entiendo donde encuentra esos argumentos decir que existen esos problemas tan graves. Igual ocurre con el pacto de financiación del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, no merece la pena ni creo que sea serio que critique anteriores pactos de financiación. Cada pacto se hace en función de las circunstan-

cias y como pacto, por definición, en función de los acuerdos que se pueden alcanzar en cada momento. En un momento determinado se alcanzan unos acuerdos y en otro se alcanzan otros, pero lo que es factible es que el conjunto de las partes que conforman ese pacto están de acuerdo en un momento determinado. En el último pacto las partes acordaron una serie de iniciativas que mejoraban algo las que habían planteado las partes en el anterior acuerdo. Quizá lo más sustancial —y aunque lo hemos repetido muchas veces no está de más volver a hacerlo— es que se estipulan unos ahorros que se calculan como razonablemente se pueden calcular, porque hay cosas que es difícil prever con exactitud, pero se puede hacer una previsión sobre la base de una serie de hipótesis que luego podemos comentar. A diferencia del acuerdo anterior, estos posibles ahorros quedan dentro del sistema. Yo no digo que esté mal que en el acuerdo anterior no hayan quedado los ahorros dentro del sistema; simplemente no se llegó a ese acuerdo porque las partes no querían llegar. En este caso sí se ha conseguido que los ahorros queden dentro del sistema. Si ha habido alguna incongruencia en este pacto ha sido por parte de quien lo ha firmado, incluso de quien ha pedido que salgan a relucir algunas cuestiones y luego se ha desmarcado convenientemente a la hora de afrontar los aspectos más impopulares. Es una incongruencia que lamentablemente hemos tenido que soportar en el tema del medicamento. Y puesto que en esta materia, como en otras muchas, hay cosas que son opinables y uno puede aprender de lo que no ha salido correctamente, la demagogia en las críticas que se han recibido es de trazo tan grueso que por desgracia no hemos podido aprender nada. ¿Cómo se explica que se haya cuestionado la lista de medicamentos que estaba comprendida en los acuerdos que firmaron todas las Comunidades y una Comunidad determinada donde dijo digo dice Diego, se sale, critica esta lista, no cuestiona la anterior, cuando cualitativamente no hay ninguna razón para hacerlo en un caso y no en el otro, se desdiga de afirmaciones públicas acerca de la importancia que tienen las listas de medicamentos, afirmaciones que incluso van más lejos de lo que prueba la lista de medicamentos? Es una medida más, no la única, probablemente no la mejor, pero sí tiene una connotación, y es que es la única medida en la que estaban de acuerdo *a priori* todas las Comunidades con competencias. Lo único que puedo decir es que si hubiese un poco de sentido constructivo en estas cuestiones todos nos beneficiaríamos de las medidas que podrían ser más oportunas en uno u otro momento. No ha sido el caso y lo lamento profundamente, pero es lo que hay.

Otra cuestión ha comentado en términos generales. Dice que el hecho de que hablemos de revisar la relación de prestaciones deja a las claras una intención explícita, ni siquiera implícita, de acabar con la gratuidad en relación con las prestaciones. Esto es una derivada natural del Decreto de prestaciones que obliga al Ministerio a especificar claramente en qué condiciones se dan esas prestaciones. En ese documento quedaron cosas incompletas y tenemos la obligación de clarificar qué se entiende por prestaciones de ese tipo. Hablamos, por ejemplo, del transporte sanitario, del oxígeno a domicilio, incluso de establecer criterios homogéneos para todas las Comunidades. Deducir de esto que revisemos esta cuestión no tiene

mucho sentido. Se lo aclaro porque es consecuencia de algo anterior que nos hemos limitado a cumplir con los desarrollos que se preveía que hiciésemos.

Entrando en cuestiones más específicas, ha comentado que no damos importancia a las diversas acciones de salud pública, incluyendo el sida, porque el presupuesto de 1999 no crece notablemente respecto al de 1998. En esta materia y en otras muchas los presupuestos en un ejercicio anual, pero las políticas no las hacemos sobre una base anual. El año pasado, en vez de plantearnos pasar de 664 millones a 1.800 millones —hablo del sida, por ejemplo—, es decir, una subida de casi 1.200 millones, podríamos haberla dividido en cuatro años, pero no tiene mucho sentido. Es mejor hacer una subida importante el primer año y consolidarla en años subsiguientes. La política va más allá de un solo ejercicio y esa es la explicación, creo que razonable, que damos a esta cuestión. No pensamos en términos anuales, aunque luego los números se reflejan en base anual. Por otra parte, es más coherente pensar más allá del año siguiente, sobre todo acerca de las políticas de salud pública.

No creo que se pueda deducir que no estamos por apoyar, cuando podamos, los temas que tienen que ver con las Comunidades Autónomas por el hecho de que haya vencido el convenio con la Comunidad Autónoma de Canarias para la finalización del hospital.

Habla S.S. de la Dirección General de Farmacia y de la Agencia del Medicamento. Todas las preguntas que ha suscitado tienen una contestación clara. La política del medicamento, la política farmacéutica depende del Ministerio y, por tanto, de la Dirección General de Farmacia, y la Agencia del Medicamento no es un modelo que nos hayamos inventado, es el que está vigente en los demás países de la Unión Europea y el órgano científico-técnico que evalúa y controla la calidad de los medicamentos; ese es justamente el motivo por el que se ha creado esta Agencia. Es evidente que el uso racional, las decisiones sobre precios intervenidos corresponden al departamento. La Agencia depende de la Subsecretaría y no va a tomar ninguna decisión que no esté en concordancia con la política general que sobre el medicamento se establezca por parte del departamento. Comentaba que la Agencia no recibe aportaciones públicas. Las tendrá en el momento en que se transfiera el personal correspondiente, parte proveniente del Ministerio y parte del Centro Nacional de Farmacobiología; el resto, son tasas. Indirectamente, la evaluación de medicamentos ha tenido también una financiación por tasas y, además, es correcto que sea así. No puedo estar de acuerdo con S.S. en lo que se refiere a que la Agencia puede financiarse con fondos privados de laboratorios; eso no viene en ninguna parte. Al revés, hemos insistido en que este organismo autónomo tiene que preservar su independencia. El hecho de que aparezca entre las diversas cláusulas de estilo que pueda ser financiado con cargo a donaciones —cosa que aparece también en cualquier otro organismo autónomo, incluido el Carlos III, y desde antes— no representa ninguna novedad. Existe el compromiso firme del departamento para que ninguna donación eventual que pueda hacerse ponga en riesgo la independencia del organismo. No puede ser de otra manera. El crecimiento de personal y del capítulo 2 en relación con la Agencia son cuestiones menores.

Aunque parezca un crecimiento muy fuerte, éste es de 16 millones a 32 millones. Es personal directivo que se ha incorporado, admitido por el organismo del departamento correspondiente del Gobierno, para llevar a cabo las tareas de puesta en marcha de la Agencia. Es una cantidad pequeña que se refiere a las cuatro o cinco personas que se han incorporado para llevar a cabo el proyecto. El resto del personal se incorporará cuando se apruebe el estatuto y, por tanto, la relación de puestos de trabajo. En ese momento habrá una financiación importante, porque el capítulo de personal es siempre importante en un organismo público, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

Hacia alguna pregunta en relación con las políticas de investigación de la OCYT, que no depende de nuestro Ministerio. Hemos incrementado en un 12,4 por ciento, aproximadamente —comenté antes que conjuntamente en transferencias corrientes y transferencias de capital—, el presupuesto destinado por el Ministerio a investigación en general.

El Instituto Nacional de Salud Carlos III, desde su origen, que no es precisamente reciente, se constituyó con vocación de cajón de sastre, y asumo la crítica como deberían asumirla quienes nos precedieron. No debe ser así y hemos ultimado recientemente un plan estratégico para reforzar aquello que debe ser reforzado y ver como se pueden derivar a otras responsabilidades algunas cuestiones que no tienen sentido en un instituto con vocación de apoyo a la investigación y a la información del Sistema Nacional de Salud. No tiene mucho sentido, y estamos trabajando sobre ello, un hospital de rebote —no voy a decir de referencia— en una institución como el Carlos III. Habrá que revisar esta cuestión. Hay que reforzar justamente aquellas cosas que se están reforzando: la creación de centros de investigación que no trabajen con independencia de lo que se investigue en el resto del país, sino que sean centros de apoyo a la investigación en el resto del país en la misma área. Un ejemplo de esto puede ser la vocación con la que nace el Centro para la Investigación del Cáncer, después de haberse puesto de acuerdo con todos los centros de investigación del cáncer del país. No tiene sentido que hagamos otro nuevo centro de investigación del cáncer, pero sí un centro donde se establezca con claridad una relación entre la investigación básica y la investigación aplicada que puede ser soportada por los centros que bajo la dependencia de las Comunidades Autónomas y bajo otras dependencias existen a lo largo y ancho del país. Esta es una función que todos los centros reconocen como necesaria, la de apoyo a la investigación y, sobre todo, la cohesión entre las líneas básicas de investigación y su posible aplicación en los centros del Sistema Nacional de Salud. No se ha querido crear un instituto exento de esta utilidad práctica. Preguntaba S.S. cuando se pone en funcionamiento. Hay algunos programas en marcha. No están ubicados donde debería ubicarse la Fundación de Investigación del Cáncer, hay que hacer una serie de obras, y no es algo que se pueda hacer de la noche a la mañana. Estas obras para preparar las instalaciones pueden llevar dos años, pero se han empezado a hacer algunos programas en los que ya se venía trabajando fuera de nuestro país en algunas líneas muy importantes en la Investigación del Cáncer. Que haya participación privada en esta investigación creo que no es cosa que

deba alarmar, al contrario. No conozco ningún sitio en el mundo donde se investigue con seriedad y no haya aportaciones privadas, incluso convenios para fomentar la investigación en interés de varias partes. Todos los recursos que se puedan allegar para la investigación son bienvenidos y no creo que vaya en desdoro de las líneas de investigación importantes de la Fundación Carlos III el hecho de que haya alguna aportación privada para desarrollarlas. Ha hablado S.S. de nuevos programas de investigación. Se trata de buscar fórmulas de apoyo para aquellos problemas médicos que suponen, por su prevalencia, las mayores causas de morbimortalidad en nuestro país; el cáncer es una de ellas y la patología cardiovascular es otra. Si el Carlos III quiere realmente reforzar lo que debe ser, debe suministrar apoyo para la investigación en ambas áreas. Ya se hizo con el cáncer —está en desarrollo— y se plantea hacerlo en patología cardiovascular. Hoy nos hemos enterado del último premio Nobel de Medicina, que justamente trata de algo que este centro tiene previsto establecer como línea de trabajo prioritaria: el papel del óxido de nitrógeno en la patología de la pared vascular. Es una obligación buscar vías de trabajo y vías de investigación en un área tan importante, en problemas médicos que tanto afectan a la salud de los ciudadanos de nuestro país.

Pasamos al consumo. Comentaba que una de las acciones que hemos planteado ha sido dotar al Consejo de Consumidores de personalidad jurídica, y lo haremos. No obstante, no es una cosa absolutamente prioritaria ni impide que el Consejo de Consumidores pueda llevar a cabo sus tareas.

Sobre el resto de las cuestiones que ha planteado, hay un plan estratégico del Instituto Nacional de Consumo, que está consensuado, como no podía ser de otra forma porque está todo transferido con las Comunidades Autónomas; se está cumpliendo el Plan Estratégico establecido, hasta el año 2001, tal y como se había previsto, tanto en lo que se refiere a las juntas arbitrales, y ahora no tengo aquí los datos, pero si tiene interés, se los puedo mandar, pero, el otro día, en una reunión que mantuvimos con los consumidores, se hizo una revisión de lo conseguido hasta ahora sobre lo previsto, en relación con el Plan Estratégico y se habían cumplido todas las previsiones en materia de incorporación al derecho interno de las directivas comunitarias y en otras materias, como en formación, educación del consumidor y otras cuestiones relacionadas con accidentes u otro tipo de objetivos que se había planteado el Instituto Nacional de Consumo. De manera que creo que algunas cosas que no se hayan hecho todavía, no van en contra de que la política general planteada en consumo se esté cumpliendo como se había previsto.

Me ha hecho después una serie de preguntas. Voy a intentar, porque no sé si he tomado nota de todas, contestarle a las que creo que me ha formulado y, sobre las otras, si me lo aclara después, le contestaré igualmente.

En relación con el Programa 413.C, Servicio 07, Dirección General de Salud Pública, había una serie de créditos del año anterior, sobre necesidades prevalentes donde estaban incorporadas en convenio entre otras, la lucha contra el tabaquismo, pero se han incorporado en este ejercicio, por exigencias de la clasificación económica, actividades

mediante convenio, publicidad y propaganda y reuniones y conferencias.

Por otra parte, hay un crédito nuevo en el capítulo 4, transferencias corrientes, de 150 millones de pesetas, para educación sobre la salud.

En la Dirección General de Farmacia, respecto a la disminución, incidió S.S., sobre la pérdida de créditos. Le diré que simplemente en el capítulo 2, hay un crédito, que es el de farmacovigilancia, que se sitúa en la Agencia Española del Medicamento. Por el contrario, la Dirección General recupera 12 millones de pesetas para estudios y trabajos técnicos, fundamentalmente en un área que no habíamos explotado suficientemente y que cada vez será más importante, que es la farmacoeconomía. La Dirección General de Farmacia, desprovista de otras labores que van a recaer en la Agencia, va a poder centrarse específicamente en la revisión de algunos aspectos económicos de los planteamientos de los nuevos medicamentos y va a poder revisar, por tanto, acerca de su financiación o no financiación por el sistema público, que aporten valor añadido en términos de coste, efectividad, cuestión que necesita un soporte técnico, para el cual se dota una serie de créditos, en esta ocasión, en el capítulo 2, para la Dirección General de Farmacia. Hay una disminución en el crédito para inversiones reales, en el capítulo 4, de 3,8 millones de pesetas, que se integran, porque parecía más práctico en la dotación de la Secretaría General Técnica. Ya le he comentado, por otra parte, la finalización en el año 1998 del convenio con Canarias.

Quiero decirle que en relación al Instituto Carlos III y algunas cuestiones numéricas que me ha planteado, en el capítulo 2 aparece una disminución que no tiene significación práctica alguna, puesto que se detrae de la dotación que el año pasado había de 210 millones para pagar unas deudas que tenía contraídas el Instituto Carlos III.

En el capítulo 4 se mantiene exactamente la cantidad del año anterior, que se distribuye en convenios con la universidad y otros centros, 68 millones; becas de investigación, 127; ayudas y becas del FIS, 800 millones; y convenios con universidades extranjeras, 10 millones.

En el capítulo 6 la inversión es importante, porque hay muchas necesidades que atender en los complejos de Chamarín y Majadahonda, en este caso, por valor de 930 millones; que en el año 1998 había sido de 498 millones, por lo que ha sufrido un incremento notable; la investigación sociosanitaria, fundamentalmente sirve al ácido tóxico, aumenta de 500 a 604 millones; y las inversiones en la Fiscalía Nacional de Sanidad se mantienen prácticamente constantes.

En el capítulo 7 hay un aumento en las ayudas de investigación y en la estructura del FIS, de 3.477 millones a 3.871 millones; están 1.000 millones correspondientes a la Fundación Carlos III de Investigación del Cáncer y 300 millones, que se colocan en el año 1999, para la puesta en marcha de la Fundación para el Estudio de Enfermedades Cardiovasculares.

A continuación, paso a contestar las preguntas que me ha formulado la portavoz del Grupo Izquierda Unida.

Señoría, en los términos de los planteamientos generales que me hizo, repito que no se puede ver una política en un ejercicio presupuestario. El planteamiento de nuestras

políticas —insisto, creo que es lo coherente— lo hacemos a medio y largo plazo y, por tanto, no miren la comparación de lo que gastamos en sida este año con respecto al año pasado, sino lo que gastamos en sida en el conjunto del período, porque, a fin de cuentas, nosotros somos partidarios de hacer el esfuerzo al principio y mantenerlo, que un secuencial esfuerzo, ya que nos parece que tiene menos sentido, aunque tenga mejor venta anual, pero no estamos por la venta anual, sino por hacer las cosas correctamente y dedicar cuanto más dinero podamos al principio, para luego mantenerlo.

Insistió en el acuerdo de financiación en los dos epígrafes que formaban parte del ahorro potencial en farmacia y los 40.000 millones de ahorro destinados en ITE. Aquí el término ahorro, sobre el que he contestado en muchísimas ocasiones, porque puede inducir a error, sobre todo cuando uno habla con las asociaciones de consumidores, nos costó hacerlo entender cuando hablamos con el Consejo Estatal de Personas Mayores; en realidad no es ahorro para no gastarlo, sino que lo que estamos diciendo es que nos gastamos menos en un área para gastarnos más en otra. En ese sentido, este acuerdo de financiación aporta algo muy importante sobre el acuerdo anterior, y es que lo que nos gastamos de menos, hasta donde nos gastemos de menos, no desaparece del sistema, sino que queda en el sistema. Pienso que esto es muy importante y que se ha reflejado poco, como es evidente por las preguntas que se siguen formulando, y estamos dispuestos a repetirlo hasta la extenuación. No hablamos de dejar de invertir dinero en sanidad, sino de reordenar recursos, cosa que el anterior pacto de financiación no hacía.

Nos indica en su pregunta, señoría, pero también figura en todas las cuestiones que se han suscitado en los medios de comunicación, que ese ahorro no se va a conseguir, que ya estamos gastando más. Vamos a ver, lo que se había pactado es que, independientemente de cómo creciese el gasto en farmacia, habría que poner medidas para ahorrar por valor de 65.000 millones de pesetas con los cálculos que hicimos *a priori*. Esto es independiente de cómo vaya el gasto, del que hablaremos luego; pero independientemente de cómo vaya el gasto, está claro que si no ponemos estas medidas, gastaríamos todavía más. Es como hay que ver esta cuestión. El gasto, este año, ha aumentado más que el año pasado. Es correcta la cifra dada con respecto al mes de agosto. Es agosto con respecto a agosto; el acumulado es menos; el acumulado a finales de agosto, me parece que para el conjunto del sistema, es un 11,3 por ciento, que es inferior, en cualquier caso, al gasto del año 1996 e inferior al gasto de todos los años, desde 1987, excepto aquellos años en que se plantearon medidas singulares, cuyo impacto sólo se ve en ese año, como pueden ser los márgenes de farmacia, que bajan el valor absoluto de la factura farmacéutica, aunque no reducen la tendencia, como se pueden imaginar.

¿Por qué crece el gasto este año y crece más que el año pasado, haciendo abstracción de lo que se redujo puntualmente por efecto de adopción de márgenes? Entre otras cosas, porque —y eso yo creo que vale en general, y SS.SS. necesitan conocer este dato— cada vez más somos tributarios de fármacos que nos vienen por procedimientos centralizados, bien por la Agencia Europea del Medicamento,

bien por el procedimiento de reconocimiento mutuo; es decir, cada vez menos, tenemos un control, que en ocasiones puede ser incluso un control debido a defectos de rigor más que a un exceso de rigor, que paralice en el Ministerio los expedientes de los nuevos productos. Es evidente que nosotros, cuando llegamos al Ministerio, nos encontramos con una lista de espera de 3.000 productos no registrados, y está clarísimo que el Gobierno podría dejar aparcados *sine die* los nuevos productos para, de esa forma, conseguir que no se incremente el gasto, forma poco razonable si se tiene en cuenta que, junto a productos que tienen poco valor, se puede estar paralizando productos que tienen valor terapéutico importante. Ahora esto se va a poder hacer cada vez menos. De hecho, entre enero de 1997 y octubre de 1998, prácticamente la mitad de los productos —y con ellos los más importantes y que cuestan más también— nos vienen o bien por el procedimiento de reconocimiento mutuo o bien por el procedimiento centralizado de la Agencia Europea del Medicamento. Nosotros tenemos aquí plazos perentorios para sacarlos. Esta es una razón importante por la que el gasto crece, pero crece y, en algunas ocasiones, aunque nosotros hagamos lo posible para controlarlo dentro de unos límites razonables, está justificado, porque estamos hablando de productos que son importantes para la salud de los ciudadanos y, en muchos casos, productos que son coste efectivo.

Voy a dar simplemente un botón de muestra y ustedes me dirán si son partidarios de que esos productos no los financiamos, sino que simplemente recurramos la postura del reconocimiento mutuo y digamos que no nos da la gana incorporar. El producto para el asma Singulair, que prácticamente en pocos meses ha pasado a suponer un volumen de ventas en nuestro país de 360 millones de pesetas; o el producto Aricept para enfermos de Alzheimer, otra enfermedad para la que están apareciendo nuevos productos en una patología que antes no había nada. Como se pueden imaginar, tenemos que financiarlo y ello ha supuesto, en menos de un año, aproximadamente 1.000 millones de gasto. El producto Tasmara, para el Parkinson, coadyuvante de la L dopa, prácticamente hemos financiado 800 millones en pocos meses. Ustedes me dirán si no hay razones para que crezca el gasto farmacéutico por encima de otros años. Todos estos productos son centralizados y nos vienen obligados por el crecimiento europeo. O el producto Gonal-F para la reproducción asistida o el inmunosupresor Cellcept, que ha supuesto casi 1.000 millones en un año desde su aprobación en nuestro país. Como verán, señorías, tienen aquí unos ejemplos suficientes como para que el gasto crezca y crezca de manera importante. Si el Ministerio no tomase las medidas que ha adoptado, estaríamos mucho peor. Por eso nosotros tenemos que guardar un equilibrio entre políticas del medicamento, que hagan crecer razonablemente y al mismo tiempo admitir un crecimiento, sobre todo cuando se trata de productos destinados a enfermedades para las cuales hasta la fecha no había prácticamente ningún tratamiento.

Respecto a esta cuestión debo decirles que el Ministerio ha puesto en marcha una serie de medidas que nunca antes se habían aplicado, y resulta curioso que ahora se nos critique por no ir suficientemente deprisa en la aplicación de unas medidas que nunca antes se habían tomado. Hay

medidas —y SS.SS. lo pueden entender fácilmente— que se ponen en marcha en un momento cero y su efecto empieza a verse no al momento uno, sino pasados los años. Eso no quiere decir que la medida esté mal puesta o sea conservadora. Y aquí me refiero a los llamados precios de referencia. Nosotros no hemos fijado un precio de referencia para toda la vida; hemos colocado una fórmula que va a hacer que aumenten en nuestro país los medicamentos genéricos, pero tampoco se hace un mercado, como alguien ha pretendido comparar, por ejemplo, con el mercado de Dinamarca o de Alemania. Esos países no empezaron ayer y nosotros hemos puesto las bases para abrir un mercado en los próximos años y en la medida en que este mercado vaya generándose, los precios de referencia serán cada vez más efectivos. Alguien también ha comparado la forma de calcular la cifra de precios de referencia respecto de otros países. Pero es que nosotros somos el único país europeo con precio de referencia que, además, tiene precios intervenidos, es decir, tenemos dos controles, a falta de uno. Por tanto, no esperen que tengamos unos precios de referencia fijados en un porcentaje por debajo del original similar al que tiene Alemania. Les diré, además, que las marcas en España son más baratas que los genéricos en Alemania. Por tanto, creo que estamos llegando hasta donde razonablemente se puede llegar.

Respecto al Decreto de Financiación Selectiva, las mayores críticas no han venido de S.S., y creo que le puede valer la explicación que dí antes en relación con los planteamientos que hizo la portavoz del Grupo Socialista acerca de que es una medida que podemos decir que no es perfecta, que las hay mejores, pero es la única medida sobre la que todas las comunidades europeas se pusieron de acuerdo, aunque algunas se descolgasen ulteriormente. Por tanto, las críticas —además de las realizadas por esa comunidad— que se han recibido en relación con la financiación selectiva de medicamentos —como ya he dicho anteriormente— demuestran tan claramente la demagogia que conllevan, que es difícil sacar ninguna consecuencia práctica de esas críticas. Porque si hubiésemos observado que la Comunidad Autónoma de Andalucía se decide a pagar los medicamentos excluidos en el año 1993, habríamos visto un asomo de coherencia, pero es que ni esto hemos observado. **(El señor Corominas i Busqueta: En Navarra.)** Es evidente que en Navarra ha sido por una decisión del Parlamento, por los motivos que todos conocemos. Por ello no merece la pena dar vueltas al asunto porque ustedes son conscientes de todo el juego que hay debajo de estas cuestiones. Yo creo que perderíamos su tiempo y el mío si tratamos este tema. Por tanto, yo no voy a hacer más comentarios.

El Hospital Clínico de Barcelona tiene las previsiones que hay en función de los acuerdos que ya existían en relación con este centro. Como saben SS.SS., en la actualidad el Ministerio de Administraciones Públicas está trabajando con vistas a incorporarlo en el futuro a la red del Instituto Catalán de la Salud, pero de momento sigue vigente el acuerdo por el cual los déficit se cubren en un 42 por ciento por la Diputación Provincial, en un 22 por ciento por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en un 22 por ciento por el Ministerio de Educación y Ciencia y en un 14 por ciento por el Ayuntamiento de Barcelona. En el año 1996 se can-

celaron obligaciones de déficit de gestión de los años 1991 a 1994, por valor de 1.700 millones de pesetas. Para financiar los déficit de los ejercicios 1995 y 1996 ya el Ministerio cursó los expedientes de concesión de créditos extraordinarios por valor de 422 y 839 millones respectivamente, y desde el año 1997 pensamos que si fijamos la subvención que nos correspondía en 1.300 millones de pesetas, ello debería dar lugar a que no haya nuevos déficit. Por tanto, esta es la cantidad que se calculó en su momento para evitar nuevos déficit.

El futuro del Hospital Clínico de Barcelona está en negociaciones y el protagonismo recae, como he dicho anteriormente, en el Ministerio de Administraciones Públicas. No puedo contestar a S.S. de momento sobre los ensayos clínicos autorizados por la Dirección General en el Hospital Clínico, pero posteriormente le contestaré encantado.

Respecto a la cooperación internacional, me he referido a la parte que el Ministerio con su exiguo presupuesto dedica, no a lo que se dedica a cooperación internacional, que son 4 billones. Ya he dicho que lo que se dedica por la cuenta del Ministerio supone un aumento importante, nunca suficiente. Estoy de acuerdo con S.S. en que nunca es suficiente y en que quizá debemos hacernos más presentes en cooperación internacional, sobre todo en países en vías de desarrollo, como es lógico.

En lo que se refiere a formación continuada, el Ministerio ha hecho un esfuerzo importante y el conjunto de las Comunidades también. Ahora están a punto de empezar a funcionar, porque ha habido un año de intensos trabajos llevados a cabo por la Comisión Nacional de Formación Continuada, los acuerdos adoptados en el primer convenio de conferencia sectorial celebrado en el Ministerio de Sanidad, por el cual todas las Comunidades acuerdan un sistema único de acreditación tanto de instituciones como de cursos. En este sistema se ha estado trabajando intensamente a lo largo de este ejercicio y el año que viene ya empezarán a acreditarse cursos y habrá distintas organizaciones con el fin de dar una formación válida en todo el territorio nacional.

Respecto a la creación de fundaciones en el Carlos III también he contestado antes. No son fundaciones lumbra, son fundaciones que necesitan encontrar personas de reconocido prestigio para llevarlas adelante. Son proyectos que se crean de acuerdo con los investigadores sobre esas materias en todo el país y son proyectos que se crean para apoyar y ayudar a esos investigadores. Nosotros no daríamos un paso si sabemos que los investigadores, tanto en cáncer como en cardiovasculares, no están dispuestos a que el Ministerio —en este caso el Carlos III— un papel de apoyo y coordinación en estas materias. Si lo están, desde luego estamos dispuestos a ofrecerles toda la colaboración y, por supuesto, a traer a las personas más cualificadas para trabajar en estas materias.

Finalmente, aunque es un tema menor, supongo que S.S. se dará cuenta de que a veces el concepto presupuestario no es capaz de englobar todo lo que se hace en esa materia. Está claro que aunque se estime una cantidad exigua de recursos a un epígrafe denominado planificación sanitaria, el concepto de planificación sanitaria es bastante más general como para que se pueda hacer —y se haga de hecho—

en muchos niveles planificación sanitaria. La Subsecretaría trabaja en previsión sanitaria y teóricamente no tiene ningún epígrafe que diga planificación, está mucho más diseccionado en toda la estructura del departamento.

Para terminar, quería apostillar los comentarios que hizo el representante del Grupo Popular en el sentido de que el departamento propiamente dicho —no entro en el sistema de salud— mantiene sus prioridades sobre formación aunque aparezca con un presupuesto escaso; ello se debe a que la actividad, en este caso, no es directamente transferible a una cantidad económica pero si lo es en investigación y en los grandes problemas de salud pública, específicamente el sida, así como otras enfermedades emergentes y reemergentes. Teniendo en cuenta que estas competencias están completamente transferidas a las Comunidades Autónomas, el Ministerio aspira, igual que se hace con el Plan de Drogas, a tener un cierto papel coordinador y dedicar algunas cantidades, que evidentemente nos gustaría que fuesen superiores pero que en cualquier caso son cantidades importantes, para apoyar a las Comunidades Autónomas en el cumplimiento de determinados objetivos en este tipo de enfermedades emergentes y reemergentes, como puede ser la tuberculosis y otras derivadas de la existencia de la epidemia provocada por el virus de inmunodeficiencia adquirida. **(La señora Pozuelo Meño pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: ¿Tengo la palabra?

El señor **PRESIDENTE**: Sí, pero por un tiempo máximo de tres minutos para alguna aclaración muy puntual.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor presidente, intentaré ser lo más breve posible, y creo que voy a conseguirlo, pero algunas consideraciones y afirmaciones que ha hecho el señor subsecretario merecen algún tipo de contestación, y sobre todo quería pedir una respuesta concreta a algunas de las cuestiones planteadas en mi primera intervención que no han recibido esa respuesta tan concreta que yo le pedía.

En primer lugar, quiero decirle que cuando nosotros decimos que el Ministerio de Sanidad pierde autoridad sanitaria en el conjunto del país lo hacemos con enorme tristeza y en contra de lo que creemos que debe ser. Le voy a poner tres ejemplos. En primer lugar, la pérdida de capacidad presupuestaria del propio Ministerio. Que el Ministerio reduzca su presupuesto para 1999 en 5.700 millones de pesetas nos parece significativo, sobre todo cuando estamos hablando de un presupuesto que queda en 12.000 millones de pesetas. En segundo lugar, usted acaba de decir que en salud pública aspiran a tener una determinada incidencia en las políticas desarrolladas en el conjunto del Estado a través de las Comunidades Autónomas. Nosotros creemos que eso no solamente debe ser una aspiración sino un hecho demostrado y que no se está demostrando; la prueba la tenemos no sólo en la falta de coordinación de esas políticas sino también a la hora de detectar los problemas, ya que cuando éstos se han planteado (me estoy refiriendo a los casos de hepatitis, meningitis, etcétera) la auto-

ridad sanitaria no ha tenido en ningún caso una actuación preeminente en la coordinación ni tampoco en la dirección de las políticas y en las acciones a seguir en cada caso. En tercer lugar, hay un ejemplo mucho más grave por las consecuencias que va a tener en el tiempo, que es el sistema de financiación sanitaria que se ha acordado con las Comunidades Autónomas. Este sistema de financiación está haciendo aguas; en el primer año de su puesta en ejercicio ya se está reclamando su revisión por parte de algunas de las Comunidades que lo aprobaron, como hemos visto públicamente en montones de medios de comunicación. La razón fundamental por la que está haciendo aguas es porque el sistema de financiación se hizo al dictado del Ministerio de Economía y Hacienda y no de acuerdo con los criterios que desde el punto de vista de la política sanitaria se deben de seguir para el conjunto del Estado.

En este tema quiero hacer una referencia muy clara, al igual que usted ha hecho, en un doble sentido. En primer lugar, pedir y exigir un mayor respeto para el resto de las Administraciones Públicas, porque no me parece coherente, no me parece justo, ni me parece de recibo las afirmaciones que usted ha hecho con relación a la Junta de Andalucía. Ha estado durante mucho tiempo de su intervención no queriendo nombrarla, refiriéndose a otra Administración de otra Comunidad Autónoma, pero finalmente se le ha escapado y la ha mencionado: la Junta de Andalucía. Ha dicho que la Junta de Andalucía tiene actitudes demagógicas y, además, ha hecho afirmaciones falsas cuando ha dicho que la Junta de Andalucía firmó, dentro de los acuerdos comprendidos en el sistema de financiación, la lista de medicamentos excluidos del sistema. Eso es falso, señor subsecretario. Lo hemos dicho en el Pleno de la Cámara, lo repetimos hoy aquí y lo repetiremos hasta la saciedad, porque parece que ustedes, a base de repetirlo hasta la saciedad, quieren hacer creer y convencer a todos los ciudadanos y a todas las fuerzas políticas de que eso es cierto.

En una de las últimas intervenciones del ministro de Sanidad, en una interpelación de la portavoz del Grupo Socialista, se puso de manifiesto y se entregó al presidente de la Cámara una copia del acta de la reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera donde se acordó el sistema de financiación para la sanidad pública en los próximos cinco años y donde una y otra vez la consejera de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía ponía de manifiesto, para que constase en acta, que allí, en esa reunión, no se estaba analizando la posible lista de medicamentos excluidos, ni las medidas a tomar en ese sentido en cuanto al uso racional del medicamento y las medidas concretas que conllevaran ese ahorro. Quiero ponerlo de manifiesto y, por favor, exigir más respeto al resto de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la referencia que ha hecho sobre la Agencia Española del Medicamento, quiero hacer una serie de precisiones muy breves. Usted ha dicho que la Agencia recibirá transferencias del capítulo de personal cuando se produzcan. Mis preguntas en concreto iban referidas a por qué no recibía ingresos procedentes del Estado, en este caso del Ministerio de Sanidad y Consumo, y por qué sus únicos ingresos procedían de tasas, los que aparecen en el presupuesto de ingresos. Le reitero, señor subsecretario, que en la Ley de Presupuestos para 1998, cuando se aprueba la

Agencia Española del Medicamento, se contempla la posibilidad de que reciba financiación privada a través de convenios o aportaciones directas. Por eso le preguntaba por qué no aparecía en el documento de ingresos una previsión de esos ingresos. También le preguntaba si se habían recibido durante el año 1998 y qué previsión había de ingresos por esa vía para el año 1999.

En cuanto al Instituto Carlos III, usted ha manifestado que las líneas de investigación y las nuevas fundaciones que dependen del mismo son fórmulas de apoyo para la investigación. Quiero decirle que eso en absoluto se corresponde con lo que contienen los presupuestos ni con lo que realmente están haciendo. En los presupuestos de este año han desaparecido, como técnica presupuestaria, las transferencias directas que el Ministerio de Sanidad hacía, con carácter finalista, al fondo de investigación sanitaria. Esas transferencias se hacen ahora globalmente al Carlos III para que, en sus partidas internas, haga la redistribución, lo cual significa que pierden ese carácter finalista y, además, tienen una mayor capacidad de modificación interna sin necesidad de que pasen como modificaciones presupuestarias. No es que nosotros, en principio, no estemos de acuerdo en que se pudieran recibir aportaciones privadas de empresas, laboratorios o cualquier otro tipo de fundaciones o entidades privadas. En lo que no estamos de acuerdo, de ninguna manera, es en que esa financiación privada pueda condicionar las políticas de investigación que se desarrollen en el centro y que por supuesto dependan del aumento de sueldo que perciba el director del centro. Esto nos parece verdaderamente contaminante.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo, le ruego vaya concluyendo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Voy concluyendo.

Nos parece que eso no tiene ningún sentido y que deben de estar perfectamente claras y nítidas cuales son las vías de financiación para la investigación.

También quiero insistir en la nueva Fundación para la Investigación en temas Cardiovasculares, que aparece en los presupuestos. Queremos que nos dé alguna explicación sobre ella.

Le preguntaré en concreto quién va a dirigir esta nueva fundación que aparece ya creada y que empezará a funcionar, se supone, a partir del 1 de enero de 1999.

También le preguntaba cuando se pone en funcionamiento la Fundación para la Investigación del Cáncer, porque por su intervención y por respuestas del Ministerio a preguntas hechas con anterioridad la situación parece algo confusa, ya que hasta que no terminen las inversiones que se están realizando para el edificio físico del nuevo centro, éste no se pondrá en funcionamiento. De hecho, presupuestariamente, la Fundación para la Investigación del Cáncer no recibe ni una peseta para funcionamiento.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Intervengo para agradecer la respuesta a las preguntas y para señalarle algunas que no han sido, a mi juicio, suficientemente respondidas. Quiero saber si no es posible o ha habido algún tipo de omisión por su parte.

La pregunta concreta que le hacía con respecto al acuerdo de financiación es en qué medida el ahorro en gasto farmacéutico público para 1999 se mantiene y cuales son las previsiones del Ministerio de Sanidad en relación con el ahorro previsto, de acuerdo al Real Decreto de Precios de Referencia. Quería señalar, asimismo, que no he llegado a ninguna conclusión acerca de cuál es el presupuesto de formación continuada. Y si es cierto que —son las conclusiones a las que yo llego— a pesar de que uno de los objetivos fundamentales, el más destacado en la identificación de objetivos que se hace en los presupuestos, es de promoción de la salud pública, más del 50 por ciento de todos los objetivos, el presupuesto que se atribuye son 375 millones.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Voy a contestar a las cosas que no he respondido antes, dado que algunas se me han vuelto a repetir.

Insisto en que por dejar de financiar el convenio con la Comunidad Autónoma de Canarias no se puede deducir ninguna otra implicación en cuanto a la capacidad presupuestaria del Ministerio, y mucho menos de carácter general. Sí creo que la Comisión de Salud Pública ha funcionado correctamente. Que existan problemas de coordinación en un sistema totalmente descentralizado no debería sorprender, pero para eso está la Comisión de Salud Pública. En último extremo, respecto a los problemas que ha mencionado S.S., se ha llegado a acuerdos en reuniones convocadas por el Ministerio acerca de las vacunaciones pertinentes. No confundamos que existan problemas con que se porten soluciones.

En relación con el pacto de financiación sanitaria, no creo, señoría, que haga aguas porque haya tensiones, como las hay siempre en estas cuestiones. Cuando en el pacto anterior las Comunidades se quejaban de que se habían calculado y deducido unos ahorros que no existían o no se veían, no por eso se decía que el anterior acuerdo hiciese aguas. Es evidente que hay tensiones, pero eso no significa que el acuerdo haga aguas. Se ha pedido la revisión, dado que hay cláusulas en el acuerdo de financiación por las que se revisa automáticamente cualquier aspecto.

En cuanto a los temas concretos de farmacia y ITE, hay una disposición, justamente después de cuando se habla de ese ahorro, en la que se dice que asimismo en el primer semestre de cada año, el Gobierno efectuará la valoración referida al año anterior del impacto producido por las medidas de ahorro, para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se persiguen. Es decir, el propio acuerdo garantiza la revisión permanente, en función de cómo vayan las cosas.

Sobre el tema de farmacia, al que ha hecho mención, el acuerdo de financiación habla clarísimamente —no creo que haga falta citarlo, porque estoy convencido de que S.S.

tiene el documento— de reducción de la financiación pública para los medicamentos de escaso valor terapéutico. Lo dice literalmente el acuerdo de financiación. Andalucía lo sabía. No voy a discutir con S.S. las sutilezas que se manejaron por esta Comunidad Autónoma para decir que sí y luego decir que no. Este es un juego demasiado bien conocido como para que nos haga perder tiempo a ustedes y a mí.

En relación con la Agencia Española del Medicamento, tengo que decir que no se prevén aportaciones privadas y tampoco se han recibido, que es la pregunta que me hacía su señoría.

El Instituto Carlos III, en relación con la investigación del cáncer, he de decir que no va a estar en su desarrollo pleno hasta que no estén terminadas las obras, pero ya está trabajando en una serie de líneas, que se van a seguir manteniendo por parte del equipo que va a formar el núcleo investigador. Hay líneas que interesa mantener abiertas y que probablemente se desarrollarán en los propios laboratorios del Instituto Carlos III o en los laboratorios del Centro de Biología Molecular. La información con más detalle se la puedo dar a S.S. posteriormente. Aunque en un principio no se espera que funcione normalmente el centro, se va a trabajar en una serie de líneas importantes en la investigación del cáncer durante al menos dos años, hasta que se pueda abrir la instalación definitiva del centro.

En este momento no le puedo decir quién va a dirigir el centro de investigación en patología cardiovascular, pero estamos buscando las personas más adecuadas para este proyecto.

En relación con la portavoz de Izquierda Unida, efectivamente olvidé hacer algunos comentarios que me formuló con anterioridad. Respecto a las cifras de ahorro, como he comentado ahora mismo, está recogido en el acuerdo de financiación que en el primer semestre del año siguiente se revisará si se han conseguido o no los ahorros que se habían previsto y en caso de que no se hayan conseguido qué medidas se adoptarían para mantener esa previsión y ese compromiso. Este año es evidente que hay algunos datos, como la implantación de la lista negativa, que se ha hecho con un cierto retraso sobre lo que se había estimado y, por otra parte, tampoco sabemos con exactitud el potencial de ahorro de genéricos, entre otras cosas, porque hay un lapso de tiempo entre la aprobación por parte del Ministerio y la comercialización por parte de las compañías. A la vista de todos estos datos, cuando realmente finalice el ejercicio, nuestra obligación es reunirnos con las Comunidades Autónomas y revisar lo que se ha hecho y lo que no se ha hecho y proponer las medidas que consideremos oportunas.

El ahorro por precio de referencia es difícil de estimar. Una estimación que podría valer, aunque probablemente es muy grosera pero no tenemos otra en este momento, es que los principios activos que estarán a finales de año, sobre los cuales habrá un genérico al menos, supone un volumen en ventas de unos 100.000 millones de pesetas. Puesto que el precio de referencia, como mínimo, supone una rebaja del 10 por ciento del precio de la molécula original, una estimación grosera podría ser unos 10.000 millones para el año 1999, como digo sometida a cálculos más precisos que ahora mismo no estamos en condiciones de poder hacer.

Sobre salud pública tengo que decir aquí que no necesariamente los objetivos que se plantea el Ministerio como coordinador de la política de salud pública, como deseo de tener un cierto liderazgo en esta materia, se tengan que acompañar de partidas presupuestarias concretas, porque la labor que ejerce el Ministerio lo es fundamentalmente a través de la Comisión de Salud Pública, buscando el máximo consenso de todas las Comunidades.

Pero es evidente que el desarrollo de las acciones conducentes a alcanzar esos objetivos entra de lleno en el campo de las Comunidades Autónomas. El Ministerio sí ha querido —y esto lo hizo por primera vez el año pasado— que no obstante el hecho de que estén completamente transferidas las competencias ejecutivas en esta materia, que igual que ha pasado con algunos planes, como el de drogas y otros, el Ministerio pueda disponer de un cierto volumen de recursos para inducir acciones concretas a las Comunidades Autónomas. Esta es una línea cuyo avance no va a ser muy rápido, pero yo creo que es deseable, aunque no todas las Comunidades Autónomas estarán de acuerdo con esto que voy a decir, para que el Ministerio pueda disponer de fondos condicionados para las Comunidades Autónomas para actividades en materia de salud pública de común interés.

Nada más.

— **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJÓO). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (número de expediente 212/001642).**

El señor **PRESIDENTE**: Comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria.

Señorías, damos la bienvenida al señor secretario general de Asistencia Sanitaria y presidente del Insalud y le pedimos excusas por la larga espera a la que le hemos sometido.

Es una comparecencia solicitada por el Grupo Socialista del Congreso y por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. En primer lugar, tiene la palabra el señor Corominas, portavoz del Grupo Socialista del Congreso.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, para una cuestión de orden. Supongo que ahora es la comparecencia del secretario general, porque si fuera la del presidente del Insalud, intervendría primero el Grupo de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE**: Ahora está en calidad de secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: De acuerdo.

Me permitirá el secretario general que antes de hablar de los presupuestos, le pueda formular dos preguntas. Dado que, en este Ministerio, el señor secretario general y presidente del Insalud es muy dado a cantar las excelencias de estos dos años de gestión sanitaria en la prensa y poco en el Parlamento le pediría que nos confirmara aquí en la Cámara, para que conste oficialmente, si es cierto, como mani-

festó en la presentación de los presupuestos para 1999, que en el año 1996 existía una deuda de un billón de pesetas en el sistema, que lo llevaba al punto de la quiebra, y también si es cierto que en el año 1996, el presupuesto del Insalud era inferior al gasto real del año anterior, como también manifestó. Digo esto porque, cuando su Gobierno intentó sacar todos los agujeros posibles que existían y hacer un saneamiento de la etapa anterior, que parece que tiene mala prensa, en el famoso saneamiento de los 700.000 millones de pesetas no había una peseta de sanidad. Me gustaría que, aparte de comentar estas cuestiones en la prensa, también las comunicara a esta Cámara y tuviéramos fiel reflejo de las mismas.

Dicho esto, vamos a entrar en el análisis del presupuesto del Insalud para el año 1999 y vamos a hacerle una serie de preguntas que espero de la benevolencia del señor Núñez Feijóo que nos las aclare con todo detalle.

En primer lugar y refiriéndonos a los ingresos, tengo que señalar que es cierto, como manifiesta, que la aportación del Estado para el año 1999 es del 9,56, como dicen los presupuestos, pero esto no es nada más que un baile de números, que probablemente quedaría bastante reducido si tuviéramos en cuenta una serie de factores. Voy a comentar por qué. Hay una desaparición de las aportaciones directas del Ministerio de Sanidad al Insalud, en lo que se llamaban programas especiales, de 990 millones; hay una disminución de las aportaciones de los ingresos de los fondos Feder de casi un 50 por ciento, es decir, se reducen un 46 por ciento; además, nos gustaría que nos comentara por qué no figuran como ingresos —en cambio sí figura la salida en el presupuesto de la Seguridad Social— los 42.000 millones de la Seguridad Social al Insalud para los convenios de la incapacidad temporal. Yo no he sabido encontrar este ingreso en los presupuestos del Insalud, como tampoco he sabido encontrar el ingreso, que supongo que debe estar reflejado en los presupuestos del Insalud, de la aportación de la industria farmacéutica que ustedes pactaron para los años 1998 y 1999. No constan en los presupuestos y creo que son dos partidas que deberían figurar. Por tanto, si estas cuatro partidas están subsumidas en la aportación que hace el Estado, significa que realmente no hay tanta aportación de éste, que bajaría bastante.

Además, debo señalarle que el portavoz del Grupo Popular señalaba en la anterior comparecencia que se incrementaba en este 9,6 por ciento la aportación del Estado, lo cual significaba que todos aportábamos más dinero a sanidad. Yo diría que evidentemente todos aportamos más dinero a costa de que a algunos se les detraiga, concretamente me refiero a las aportaciones que deberían hacer las mutuas que colaboran con el sistema sanitario —de esto hablaré después—, especialmente aquellos ingresos que estaban presupuestados por servicios prestados a terceros, especialmente accidentes de tráfico, atención a particulares, etcétera. En los dos años del Gobierno popular estos ingresos provenientes de terceros se han reducido nada menos que en un 30,33 por ciento, lo cual significa que o tienen una mala gestión de cobro o están facilitando unos ingresos indirectos a quien debería pagar al sistema público y los hacen pagar al resto de los ciudadanos. Me parece que esto es bastante grave. Le pediría aclaración a estas cuestiones y, como le decía, también me gustaría que nos

comentara qué va a pasar con las entidades colaboradoras en la asistencia sanitaria. Como todo el mundo conoce perfectamente, estas entidades colaboradoras detraían del pago a las cuotas de Seguridad Social la parte correspondiente a la asistencia sanitaria, porque la prestaban directamente y, por tanto, iba en el paquete de la financiación por cuotas que se detraían. A partir del primero de enero, en que no hay participación en las cuotas de Seguridad Social ¿qué va a pasar? ¿Van a realizar la asistencia sanitaria gratuitamente sin cobrar ni una peseta? ¿Va a pagar alguien este dinero a las entidades colaboradoras? ¿Va a asumir el sistema público la asistencia sanitaria y, por tanto, va a aumentar el número y detraer un dinero que antes se detraía del sistema y que ahora no se incorpora? Son cuestiones que me gustaría que el señor presidente del Insalud nos aclarara.

En cuanto al reparto de estos ingresos, que es consecuencia del modelo de financiación, se puede observar que han mantenido este año un incremento del 6 por ciento, que es lo que sube el presupuesto de sanidad —lo demás son filigranas numéricas—. Han repartido, en partes iguales, un incremento del 6 por ciento a la gestión directa del Insalud, de la cual es responsable como presidente, y un 6 por ciento a la gestión transferida de las Comunidades Autónomas. Esto no hace más que aumentar las desigualdades entre los dos sectores. Ya señalábamos el año pasado y hemos tenido ocasión de comentar con usted a lo largo del año las desigualdades que se producen entre las Comunidades Autónomas con la sanidad transferida y las que no tienen la transferencia hecha y debo señalarle que en los dos años del Gobierno PP el incremento respecto a la gestión transferida ha sido de un 14,46 y en la gestión directa de un 12,24 por ciento, es decir, se ha incrementado la gestión directa del Insalud 2,20 puntos menos que la transferida, lo cual dificulta extraordinariamente las posibles transferencias a estas comunidades, dado que tienen menos dinero, con lo que las desigualdades que se han establecido al incrementar por igual cada año, si es que siguen el modelo de este año de incrementar la misma partida, difícilmente se va a conseguir que se equilibren.

Respecto al presupuesto de gastos, también hay algunas cuestiones que me gustaría comentar. Se incrementa por encima del 6 por ciento una serie de partidas que están más en relación con sistemas privados, y disminuyen aquellas cantidades que están más en relación con los usuarios o con el sistema público. Por ejemplo, vemos cómo la concertación a través de medios ajenos, que no son del sistema en el capítulo 2 del presupuesto del Insalud, en los dos años del Gobierno del Partido Popular se ha incrementado en un 25,67 por ciento. Si detraemos —para que no me conteste lo que espero, que aquí se incluyen las fundaciones de Manacor y de Alcorcón— el dinero de las fundaciones que pueden considerarse del sistema, el incremento en dos años ha sido del 14,61 por ciento; por tanto, se incrementa fuertemente. Aumentan también, y me gustaría que nos diera las explicaciones, los conciertos para el transporte privado de pacientes y de una forma notable el gasto farmacéutico. Quisiera que admitiera que el año pasado quisieron hacer una machada bajando el presupuesto inicial de farmacia, a su paso por el Senado, porque iban a ahorrar mucho dinero; este año ya no lo hacen y lo suben un ocho y pico por

ciento, con lo cual se admite que las medidas tan cacareadas de ahorro y de equilibrios, etcétera, no van a ser las que tenían previstas. Sin embargo, de sabios es rectificar y buenas serían unas rectificaciones.

¿Por qué desde el presupuesto de atención especializada, gestión directa, por tanto del presupuesto específico del Insalud, se subvenciona con 500 millones de pesetas a la fundación oncológica, que depende del Instituto «Carlos III» y directamente del Ministerio, cuando debería ser el Ministerio quien lo financiara o el sistema, si se considera que es un centro general? Que sólo lo financie el Insalud por gestión directa es detraer más dinero de las comunidades no transferidas que ya están peor tratadas por lo que antes le comentaba.

Me gustaría que nos diera alguna explicación de por qué se subvenciona con 200 millones de pesetas a la Fundación «Jiménez Díaz».

Hay incrementos notables de un año a otro que alguna explicación merecen: o estaban mal presupuestados o algo pasa. Por ejemplo, la partida concreta 489.2.2, relativa a tiras reactivas, aumenta en casi un 61 por ciento de un año a otro. Algo habrá pasado.

Si analizamos cómo se reparten los distintos programas y cuáles son las prioridades de este Gobierno, vemos que lo hacen de forma muy desigual. El que más crece es el programa de administración y servicios generales, y el que menos, la atención especializada. Son cicateros con todas las cosas que hacen referencia a los ciudadanos. Por ejemplo, a la Asociación de donantes de sangre, a la que debemos promocionar para que hagan campañas, le disminuyen en un 1,56 por ciento el presupuesto de subvención respecto al año anterior. Aunque el ministro se ha llenado la boca en sus comparecencias y respuestas sobre los grandes ahorros que se iban a hacer en farmacia y en incapacidad temporal, que iban a quedar en el sistema y que servirían para implantar muchas más prótesis, la partida de prótesis ha aumentado un 0,5 por ciento, con lo cual no creo que las declaraciones triunfalistas del ministro en este sentido tengan una gran traducción en la realidad.

No hablemos de un tema que me parece fundamental para el sistema y en el que ustedes demuestran cuál es su prioridad política, la formación de personal. En la partida 162, la de formación profesional propia del sistema, el programa de atención primaria en relación con 1998 lo disminuyen casi en un 12 por ciento. En el programa de atención especializada lo disminuyen un 13,3. En el programa de formación de personal, programa 26.27, lo disminuyen en un 7,63. ¿Sabe dónde lo aumentan? En el programa 25.91, servicios generales y administrativos, en un 21,40 por ciento. Es el único programa que incrementa su formación de personal mientras los otros disminuyen en relación con 1998. ¿Tiene alguna explicación? Asimismo, en formación de personal hablan de que este programa se incrementa un 2,5 por ciento y que es consecuencia de que habrá más plazas MIR. ¿Se han cubierto todas las plazas MIR presupuestadas en 1998? Según las cifras que ustedes dan, no, y las que presupuestan para 1999 son las de 1998, y con un 2,5 por ciento de incremento difícilmente se van a aumentar las plazas si tenemos en cuenta cuál es el índice de precios al consumo para 1998. Además, en formación postgraduada no de grado superior, de licenciado, crean

una unidad docente para la especialidad de enfermería en salud mental, lo cual me congratula particularmente. Cuando se lee con detalle se observa que esto es también humo, como muchas de las cosas que manifiesta el Ministerio, porque esta unidad docente para 1999 aumenta con dos plazas de enfermera en Gijón. Ya sabía que en Asturias tienen problemas, pero no creía que tuvieran tantos como para crear una unidad de salud mental con dos personas. No sé si serán para los dos que tienen más conflictos en salud mental, el presidente y el vicepresidente. A ver qué pasa con esta unidad y su futuro.

Vamos con el tema que se reitera en los presupuestos sobre el Real Decreto-ley 10/1996 y de la Ley 15/1997, es decir, las nuevas formas de gestión. En las nuevas formas de gestión ustedes mezclan continuamente el real decreto-ley y la ley, siempre lo van mezclando y no se sabe muy bien cómo funciona. Es cierto que tanto la Fundación «Hospital de Manacor» como la Fundación «Hospital Alorcón» se crearon de acuerdo con el real decreto-ley y con unos estatutos en base al mismo. Hay un acuerdo de esta Cámara de que en septiembre del año anterior —es decir, llevamos más de un año de retraso— el Ministerio aprobaría el Reglamento de desarrollo de la Ley 15/1997. Han pasado quince meses, no se ha hecho, y, por tanto, no hay reglamento. ¿Nos puede decir si esta no presentación del Reglamento es porque hay problemas legales y jurídicos en la adaptación de las fundaciones Hospital de Manacor y Hospital de Alorcón y, por tanto, les va bien que continúe el real decreto-ley y no la ley? Es decir, ¿será un problema jurídico, como algunos especialistas en derecho administrativo han señalado? Además de estar jugando con esta ambigüedad de la ley y el real decreto-ley, sorprendentemente sólo en las partidas presupuestarias del Hospital de Manacor y de Alorcón dice: transferencia a las fundaciones creadas de acuerdo con la ley. Es el único sitio donde ponen claramente que son fundaciones creadas con arreglo a la ley, en los cuadros numéricos y en el resto de literatura van mezclando estas cuestiones.

También de acuerdo con esta ley (supongo, porque esto sí que tendrá que ser de acuerdo con la misma, y me gustaría saber cómo lo han hecho) está la creación de las áreas clínico-funcionales en los hospitales. Según papeles del Ministerio, que no han llegado a esta Cámara, —evidentemente porque nunca llegan a la Cámara, sí a otros sitios— se han constituido siete institutos clínicos y dos propuestas de fundaciones para investigación. Supongo que todo esto se hace de acuerdo con la ley. Yo le pregunto y le vuelvo a insistir, ¿si no existe el reglamento, cómo han aplicado estos temas? En relación con estas fundaciones hay otras dos cuestiones. ¿Nos podría explicar por qué se introduce una partida de 70 millones en el presupuesto de la Fundación «Hospital de Alorcón» para gastos financieros? Precisamente estuvimos comentando en una comparecencia suya las relaciones bancarias de la Fundación «Alorcón» y lo que daba de beneficios, etcétera, y resulta que este año introducen en la Fundación «Alorcón», no la de «Manacor», 70 millones en gastos financieros. ¿Cómo se explica? También mantiene en estas fundaciones la partida de los 700 millones para intereses de demora. ¿No han arreglado, con lo bien que lo han gestionado todo y los ahorros que han producido, los atrasos que había con los proveedores

que tienen que mantener los 700 millones? En los ingresos de la Fundación «Hospital de Manacor» no he sabido yo encontrar —es que a mí me cuesta ver este tema de los balances en el convenio con una compañía de seguros privada para la atención de sus pacientes, que también fue motivo de alguna relación qué partida y qué cantidad piensa cobrar en 1999 de este convenio la fundación. Si nos lo pudiera aclarar, se lo agradecería.

Finalmente, para no alargarme más, si no el señor presidente me va a llamar la atención inmediatamente, volvería a insistir en algo que ya reiteré el año pasado y que me parece que va a ser un *leitmotiv* de toda la legislatura, que es, sorprendentemente, el tema de la informática donde el año pasado hubo unos incrementos brutales, que ya comentamos, pero es que este año continúan los incrementos. Fíjese si hay incrementos tan brutales que si sumamos todas las partidas que hacen referencia a informática, que son muy variadas, no ya inversiones sino todo, en el programa de atención especializada sube el gasto en un 96,30 por ciento; en servicios administrativos y generales, un 52,76. Sorprendentemente, en atención primaria, donde dicen que van a terminar de implantar el TAIR de manera obligatoria, disminuye un 0,5, y en el programa de formación profesional —aquí deben necesitar menos informática— disminuye un 12 por ciento.

Si analizamos estas partidas de informática, hay una que nos gustaría que nos aclarara, la 227.8.2, conciertos con entidades ajenas de servicios de carácter informático. Le voy a leer las partidas de un año y otro: en el año 1998, en atención primaria, para conciertos había 37.700.000 pesetas; este año hay 539.900.000 pesetas, es decir, 540 millones. En atención especializada había 32,5 millones y este año hay 815,8; en servicios generales y administración había 17 y este año hay 453. ¿Con quién se hacen estos conciertos ajenos y para qué sirven? Esta partida de informática realmente sube mucho y yo no sé la explicación; ya se lo pregunté una vez y no terminó de aclarármelo. Me gustaría que me lo aclarara hoy, ¿no será porque la asesora informática del Ministerio tiene buenas relaciones con el ministro y esto hace que esta partida sea muy alta? Porque si no, no lo entendería.

Para terminar deseo hacerle una sugerencia y expresarle un agradecimiento. La sugerencia es que entiendo que haya subido tanto la partida de formación para el personal administrativo, pero me gustaría que le dijera a dicho personal, que es quien hace los presupuestos y utiliza los procesadores de textos, que tenga cuidado, que por lo menos cambien los años. En la página 140 de la Memoria pone que dentro de las actividades de formación específica del personal estatutario para 1998 merece hacer referencia... Por lo menos que la formación sirva para que esto no aparezca en los presupuestos.

El agradecimiento es porque, aunque no lo citen, ya lo voy a citar yo, se trata de una obra que ha realizado el Gobierno anterior y que usted pone en la Memoria y, por tanto, se lo agradezco. Dice referido al hospital de Alorcón, en las páginas 181 y 182, y con esto termino: Así, el diseño arquitectónico del hospital, basado en la calidad, utilidad y confort, a través de la humanización de la arquitectura, se conforman como elementos diferenciadores del mismo. La calidad asistencial, el confort del paciente, la

seguridad, el ahorro de energía y la durabilidad de los materiales utilizados para la construcción hacen de este edificio inteligente un ejemplo de las más modernas concepciones hospitalarias.

Como esto es algo que planificó, diseñó y ejecutó el Gobierno anterior, me imagino que estos elogios van dirigidos a dicho Gobierno anterior y no se los apunta el Gobierno actual. Por ello, le agradezco estas afirmaciones en la memoria del Insalud.

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSALUD (NÚÑEZ FEIJÓO). A SOLICITUD DEL GRUPO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (número de expediente 212/001660).**

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor Núñez Feijóo por su comparecencia y por las informaciones que nos va a brindar acerca de los presupuestos.

En cualquier caso yo querría plantear que me parece una utilización perversa de las grandes leyes (me estoy refiriendo a la Constitución y a la Ley General de Sanidad) que se atribuya a las mismas que el objetivo del Gobierno en sanidad es promover la modernización del sistema sanitario realizando las consiguientes reformas estructurales en la sanidad pública. Una cosa es que el Gobierno del Partido Popular esté avanzando decididamente en reformas estructurales de la sanidad pública que permitan su privatización en mejores condiciones o con menores resistencias o con mayores rentabilidades, y otra cosa es que atribuyan a la Constitución y a la Ley General de Sanidad estos objetivos. La Constitución lo único que dice al respecto, y muy bien dicho, es que la protección y la promoción de la salud es competencia de los poderes públicos y que ello debe hacerse con un sistema de salud público.

Dicho esto, en los presupuestos, como he dicho en otras ocasiones, me parece que es un ejercicio inútil desde la oposición buscar cifras que hablen de que los incrementos no son tales, que son más o que son menos. Yo creo que el objetivo del incremento de gasto público en sanidad se produce. Otra cosa es que ese objetivo cumpla exactamente las mismas funciones que el incremento del gasto público en otros sectores productivos de la sociedad. Se produce previamente al proceso de privatizaciones, porque evidentemente para poder privatizar y que un sistema de servicios públicos o un sistema productivo sea rentable, tiene que estar modernizado. Desde ese punto de vista se entiende mejor cómo ustedes atribuyen a la Constitución y a la Ley General de Sanidad la modernización y las reformas estructurales, pero en realidad van dirigidas a otros fines.

Muchas de las preguntas que yo quería hacerle le han sido formuladas ya. No obstante, quiero insistir en aquellas que mi Grupo tiene mayor interés. Se le ha preguntado antes que a usted al señor Castellón qué pasa con los ingresos previstos en virtud del acuerdo de política fiscal y financiera y en qué medida esa retroalimentación en el sistema de los ahorros conseguidos está identificada en algún

sitio, porque yo tampoco he podido saber, ni directa ni indirectamente, a través de qué mecanismos se reintegran en el sistema los ahorros producidos en materia de medicamento y de incapacidad transitoria en general.

El otro tema es el de los institutos clínicos. Estamos hablando de presupuestos y no querría desviarme del tema, pero aquello que fue tan cacareado a primeros de agosto de la creación de institutos clínicos, se ha quedado, en lo que yo conozco, en el establecimiento, de una forma un tanto suri géneris a mitad del ejercicio presupuestario, de unos contratos de gestión que se atribuían a esas unidades clínicas formadas por servicios interrelacionados de determinados hospitales. Esto de aquí a final de año, pero evidentemente los presupuestos de 1999 deberían, si es que es voluntad del Gobierno, continuar adelante con la creación de estos institutos clínicos, a pesar de que, como he reiterado ante los medios de comunicación y en esta misma Comisión, no hay cobertura legal para que dichos institutos clínicos puedan llevarse a la práctica. No obstante, si otra es la opinión del Gobierno, me gustaría saber a través de qué partidas presupuestarias, cuál es la dotación y cuáles son los mecanismos de gestión de los mencionados institutos clínicos.

También querría algunas aclaraciones, que me parecen de importancia. Como el señor Núñez Feijóo debe saber, en esta Comisión de Sanidad, en el anterior período de sesiones, hacia el mes de abril —no recuerdo exactamente el mes—, se aprobó una proposición no de ley de Izquierda Unida, enmendada por el Grupo de Convergencia i Unió y el Grupo Popular, relativa a la creación en hospitales de la red pública de más de 100 camas de instalaciones de cogeneración, instalaciones de cogeneración que ya tienen un largo trecho andado en el conjunto de las administraciones públicas en relación con estudios de rentabilidad, plazos de amortización de las inversiones, etcétera, y que el propio Gobierno ha identificado que en el sistema sanitario las instalaciones hospitalarias deberían ser uno de los lugares privilegiados en los cuales los sistemas de instalación de cogeneración puedan conseguir los objetivos de ahorro de energía primaria, disminución del nivel de contaminación y aumento de la oferta eléctrica. Mi pregunta concreta es si en cumplimiento de esta voluntad parlamentaria, expresada unánimemente en función de las enmiendas aceptadas, tiene algún reflejo en las partidas presupuestarias que se refieren a inversión en obra nueva o inversiones de reposición en hospitales de más de 100 camas.

También tenía identificada con mucha claridad una pregunta relativa a la transferencia de capital de 200 millones de pesetas a la Clínica de La Concepción, que parece retomar costumbres de épocas anteriores de no muy agradable recuerdo, por lo menos para mi grupo parlamentario, en las que con regularidad se donaban partidas a esta Fundación fuera de concierto, a pesar de que tienen sus propios conciertos, especiales en este caso con el propio Insalud para prestación de asistencia sanitaria, conciertos que conllevan el pago por estancia en asistencia hospitalaria muy superior a los que se pagan a otras entidades privadas, hecho que en más de una ocasión ha desatado las iras de la Federación de Clínicas Privadas. Por tanto, que aun en estas condiciones aparezca una transferencia de capital de 200 millones

de pesetas, creo que cuando menos exige una aclaración por parte del Insalud.

También me gustaría pedir aclaraciones acerca de los incrementos en los conciertos, los incrementos en las partidas de transporte, que ya han sido mencionados y que evidentemente no parece que tengan otro objetivo. Si es que las listas de espera disminuyen como ustedes dicen que disminuyen tras la aplicación de los planes que han permitido que partidas importantísimas se transfieran a clínicas privadas para su eliminación, no se entiende no ya que se mantengan, sino que se incrementen los conciertos con tales clínicas privadas, porque una de las dos cosas no es coherente, o no es verdad que las listas de espera disminuyan, o el incremento de los conciertos tiene otros objetivos que a mi grupo parlamentario se le escapan en estos momentos.

También querría pedir información sobre las sorprendentemente exiguas partidas que se destinan, por ejemplo, al hospital de Fuenlabrada. Los presupuestos para 1998 preveían la finalización de este hospital en el año 2001. Es un hospital que, como usted sabe, dará asistencia sanitaria a una zona con unas deficiencias y una precariedad de servicios sanitarios muy fuertes. La previsión para este año es de 1.075 millones de pesetas y se alarga el período de construcción hasta el año 2002.

En cuanto al famoso, traído y llevado tema del hospital de Puerta de Hierro, ustedes atribuyen una partida de 250 millones de pesetas para un nuevo hospital en Majadahonda, acerca del cual yo le solicito información sobre el número de camas, servicios que se pretende que tenga y ubicación con respecto a otros hospitales de referencia. También querría saber las razones de lo exiguo de la partida de actualización, dentro de las obras de reposición, para el hospital Puerta de Hierro, una partida que, al margen de lo previsto en el plan director, se le atribuyen 850 millones de pesetas. Supongo que la previsión para el nuevo hospital de Mahón de 100 millones de pesetas se refiere a poco más que la realización del proyecto. Quisiera saber, en función de esa suposición que estimo es la que reflejan esos 100 millones de pesetas, qué tipo de hospital, qué número de camas, qué servicios, etcétera, se pretende conseguir.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Quiero saludar y agradecer la comparecencia del secretario general del Sistema Sanitario... (El señor **Corominas y Busqueta**: No ha pedido la comparecencia.)

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, señor Villalón.

Podrá intervenir en un turno posterior. Ha sido un lapso mío. El Grupo Parlamentario Popular no ha solicitado la comparecencia. Por tanto, en este momento no tiene la palabra.

Tiene para la palabra, para contestar, el señor secretario general de Asistencia Sanitaria y presidente del Insalud.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Agradezco a los dos grupos que han solicitado la comparecencia el interés por conocer con mayor concreción las cifras del presupuesto sanitario para 1999, tanto las cifras macro del Sistema Nacional de Salud como más concretamente, en el ámbito de gestión del Gobierno, las del Insalud, también denominado Insalud-gestión directa.

Efectivamente, vuelve a ser un presupuesto, señorías, que crece por encima de los Presupuestos Generales del Estado; son tres los presupuestos que este Gobierno ha tenido ocasión de presentar a esta Cámara y en ellos la sanidad creció por encima de los Presupuestos Generales del Estado. Recordarán ustedes que en 1998 los Presupuestos Generales del Estado crecieron un 1,8; el Insalud creció un 7,2. En 1999 los presupuestos del Estado consolidados, es decir, incluyendo la Seguridad Social, crecieron un 4,3; sin Seguridad Social un 3,8 y el Insalud o el Sistema Nacional de Salud crece un 6 por ciento. Vuelve a ser, por tanto —insisto—, por tercer año consecutivo, la partida de los Presupuestos Generales del Estado que crece por encima del conjunto del presupuesto de gastos. De ahí se derivan políticas, de ahí se derivan compromisos y prioridades. Una vez más, el presupuesto del Sistema Nacional de Salud, del Insalud, por tercer año consecutivo, vuelve a ser una prioridad en los presupuestos realizados por el Gobierno.

Sin más consideraciones, intentaré responder a las cuestiones que formulan SS. SS., por entender que lo que aquí se pregunta es lo que tiene interés para ustedes y lo que no se pregunta o bien se conoce y no se necesita ninguna aclaración adicional o bien tiene un interés menor que las cuestiones que se apuntan en esta comparecencia. Empezaré por las dos cuestiones planteadas por el señor Corominas que él calificó como cuestiones previas. Hace dos preguntas muy concretas. ¿Es cierto que en el año 1996 el presupuesto tenía un billón de pesetas de deuda? ¿Es cierto que en el año 1996 el presupuesto del Insalud era inferior al gasto real? Esas preguntas, señoría, están contestadas en esta misma Comisión, en esta misma sala, hace dos años exactamente. Hace dos años tuvimos la ocasión de comparecer ante todos ustedes y se contestaron dichas preguntas, como verán en la página 1884 del «Diario de Sesiones» de la Comisión de 17 de octubre de 1996, número 79. Allí se concretaron las deficiencias, lagunas o previsiones de desviación que tenía el presupuesto de 1996. Me permito recordárselas a S. S., aunque insisto en que están en las páginas a las que hago referencia. El capítulo 1, a mayo de 1996, tenía una previsión de desviación de 4.000 millones de pesetas; el capítulo 2, tenía una previsión de desviación de 9.000 millones de pesetas; la farmacia tenía una previsión de desviación de 10.000 millones de pesetas; los conciertos tenían una previsión de desviación de 3.000 millones y había también una contingencia —ésta fue la palabra exacta que se utilizó— por deudas de ejercicios anteriores, durante los períodos de saneamiento de la deuda que Fenin interpuso contra el Insalud en los períodos anteriores a 1996 y siguientes, en el entorno de 10.000 millones de pesetas.

Éstas son, insisto, las cifras que tuve la ocasión de facilitar a la Comisión y que constan en el «Diario de Sesio-

nes». Por tanto, señoría, en ningún caso se dio una cifra distinta de la que he citado y en ningún caso la persona que tiene el honor de hablarles dijo que en 1996 había un billón de pesetas. Lo que dijo la persona que tiene el honor de dirigirse a S. S. es que en la década de los noventa el sistema tuvo que hacer frente a operaciones de saneamiento de cerca de un billón de pesetas, lo que supuso una cierta quiebra del sistema sanitario. Sus señorías conocen —y su grupo parlamentario— igual o mejor que yo de lo que les estoy hablando y, por consiguiente, creo que recordar tiempos peores de la sanidad no es bueno para nadie. Hubo dos operaciones de saneamiento por un importe cercano al billón de pesetas, aproximadamente, desde el año 1986 hasta el año 1994, con un nuevo modelo de financiación sanitaria. Por tanto, en ningún caso se ha podido decir que hubiera un billón de pesetas en el año 1996 y en ningún caso se ha podido decir que el presupuesto del Insalud era inferior al gasto real. Sí se dijo cuáles eran las previsiones de desviación a mayo de 1996, incorporando a doce meses lo ya obligado en mayo de 1996 en los capítulos a los que me referí. Por tanto, señoría, me remito a lo que consta en el «Diario de Sesiones» de esta Comisión y, desde luego, a las declaraciones que yo haya hecho en cualquier medio de comunicación, porque usted hace una interpretación incorrecta: en vez de interpretar literalmente lo de la década de los noventa usted lo concreta en el año 1996. Es verdad que está dentro de la década de los noventa pero en ningún caso se refiere a un año.

Me voy a referir a otras cuestiones citadas por usted, empezando por el capítulo de ingresos. En el presupuesto no hay ninguna filigrana, señoría. El presupuesto crece un 6 por ciento clarísimamente, y la aportación del Estado a los presupuestos generales del Sistema Nacional de Salud crece un 9,55 por ciento. Éstas son las cifras y éstas son las conclusiones, no hay ninguna otra, créame, en relación con esta cuestión. A usted le preocupa por qué disminuyen determinados ingresos. Le voy a sosegar en el sentido de que disminuyen los ingresos para hacer un presupuesto de ingresos real. Como usted sabe, el presupuesto de ingresos del Insalud tenía una serie de ingresos para cuadrar con los gastos que estaban —en el argot presupuestario— inflados. No era verdad que los ingresos de Feder fuesen de 13.000 millones de pesetas, en ningún caso, porque el propio escenario de Feder, aprobado por el Ministerio de Sanidad en la anterior legislatura, señalaba que las previsiones de ingresos estaban en el entorno de los 6.000 ó 7.000 millones al año. No eran correctos tampoco determinados ingresos que después no se producían y lo único que intentamos es cuadrar el presupuesto de ingresos —y esto es lo positivo, de ahí el sosiego—; si hacemos proyectos de inversión que suponen ingresos superiores a los 7.000 millones de Feder, existe la posibilidad de generar créditos por el importe que supere esa cifra, mientras que antes con 13.000 millones hasta llegar a ese importe no había ninguna posibilidad de generar crédito en el presupuesto de gastos. Por tanto, es una buena noticia para el presupuesto sanitario, y es una buena noticia —insisto— romper la tendencia desde el año 1995 hasta ahora de subir los fondos Feder de una forma no correcta.

Le preocupa a S. S. el que no aparezcan los ingresos de la incapacidad temporal ni los ingresos de la industria far-

macéutica y hace la pregunta de si eso no estará subsumido dentro del incremento del 9,55 por ciento. La respuesta es no, eso sí que sería una filigrana presupuestaria y, como le decía, entiendo que no hay ninguna en el presupuesto. De ahí, igual que el año pasado —lo que usted calificó de machada dentro del presupuesto de farmacia—, que no se introduzcan nunca las generaciones de crédito que se produzcan durante el ejercicio tales como los ingresos en ITE y los ingresos como consecuencia del descuento de la industria farmacéutica. Por lo tanto, el presupuesto del Sistema Nacional de Salud son cuatro billones 46.000 millones de pesetas que, junto con lo que va a incrementarse como consecuencia de los 42.400 millones de pesetas de la incapacidad temporal y de los 26.000 millones de pesetas de la aportación de Farmaindustria, suponen un total de financiación, que esperemos lograr durante el ejercicio, de cuatro billones 114.000 millones de pesetas, pero, insisto, las cifras son sobre los cuatro billones 46.000 millones de pesetas que se contienen en el presupuesto. Por lo tanto, el porcentaje de incremento es del 6 por ciento. Quiero insistirle, señoría, en que no están los ingresos de la ITE ni de la prestación de la industria porque éstos se generan durante el ejercicio y se acomodan a aquellas partidas que el gestor considera oportunas. No hay, por lo tanto, ese tipo de defecto en la presupuestación de farmacia el año pasado ni la va a haber este año porque buena parte de estos ingresos se van a generar en estos apartados de gasto.

Le preocupa también a S. S. la partida de 1.000 millones de pesetas que disminuye la aportación del Ministerio de Sanidad. En buena técnica, si se considera un ingreso, en este caso 990 millones de pesetas, hasta que se consiga uno superior a esta cantidad no está afectado el ingreso al gasto, lo que quiere decir que tendría que permanecer en el presupuesto de ingresos. Es verdad que durante los años anteriores se consiguió que esta limitación no se considerase porque si el Ministerio de Sanidad transfiere 1.000 millones de pesetas y resulta que se van a quedar en el presupuesto de ingresos porque es la misma cantidad que se prevé en el presupuesto de ingresos no tendría sentido. Lo que se ha hecho es incrementar los ingresos por servicios prestados en un importe, aproximadamente, de 1.000 millones de pesetas y que desaparezca la aportación específica del Ministerio de Sanidad. Por lo tanto, el Ministerio de Sanidad mantiene su aportación en los ingresos por servicios a terceros. Los ingresos por servicios a terceros no se han disminuido, se han incrementado. La mejor forma para hacer un buen presupuesto de gastos es que siempre hagamos un presupuesto de ingresos correcto. Si hacemos un presupuesto de ingresos inflado, aparece que el Insalud tiene un déficit no en su presupuesto de gastos, sino en su presupuesto de ingresos, y eso no es bueno. Por lo tanto, no es bueno decir que vamos a conseguir fondos Feder por un importe que no se va a lograr y no es bueno decir que se van a conseguir servicios a terceros por un importe que no se va a lograr, porque si no la sensación es de mala gestión. Por lo tanto, no hay mala gestión sino una presupuestación correcta del presupuesto Feder —insisto, es una buena noticia para el presupuesto sanitario— y hay una buena presupuestación también de los servicios a terceros que se incrementan en el 1,18 por ciento.

Le preocupa a usted qué va a pasar con las entidades colaboradoras. Las entidades colaboradoras, como usted sabe, están fuera del escenario de financiación. Creo que le preocuparía mucho más a S. S. si las entidades colaboradoras estuviesen en el presupuesto y disminuyesen la capacidad de financiación del presupuesto porque entonces sí se detraerían cerca de 20.000 millones de pesetas al presupuesto de servicio público sanitario. Como decíamos, el presupuesto de las entidades colaboradoras es adicional, está fuera del modelo de financiación, ya lo fue así en el modelo de financiación de los años 1994-1997 y seguirá siendo así en el modelo de financiación actual. Por lo tanto, vuelvo a insistirle que no afecta al presupuesto de gastos y, como es natural, no responderé yo de previsiones que no se enmarcan en buena técnica en el presupuesto de gastos que nace del modelo de financiación 1998-2001.

Entiendo que he intentado aclarar lo que sube el presupuesto —6 por ciento— o lo que es lo mismo, el presupuesto sanitario sobrepasa los 4 billones de pesetas, o lo que es lo mismo el Estado va a invertir en la sanidad de nuestro país 19.000 millones de pesetas más cada mes, o, dicho de otra forma, se van a invertir 628 millones de pesetas más cada día, con un incremento del 6 por ciento.

No le preocupen a usted los desequilibrios territoriales porque los desequilibrios internos los estamos corrigiendo: estamos corrigiendo el gasto per cápita en Castilla-La Mancha, estamos corrigiendo el gasto per cápita en Castilla y León, en Baleares y en La Rioja.

Parece que a usted le preocupa también la posición del Insalud frente a los demás servicios de salud del Estado. No tuve la ocasión de explicar a S. S. que esta diferencia no se da, y no se da por una razón. El 98,6 por ciento del presupuesto es per cápita, es decir, el 98,6 del presupuesto es absolutamente equitativo. ¿Estaríamos de acuerdo en ello? Bien. La utilización del padrón de 1996 solicitado por su Grupo y acogido favorablemente por el Consejo de Política Fiscal y Financiera conlleva que aquellas comunidades que han perdido población se vean perjudicadas sobre las que se han incrementado, también solicitado por su Grupo y en la que hay acuerdo. Si en vez de coger el 98,6 por ciento, cogemos el 100 por ciento del presupuesto y lo dividimos entre la financiación per cápita —insisto; no sería lo correcto, porque estaríamos perjudicando a las Comunidades Autónomas de mayor población flotante o población de hecho y creo que no es correcto perjudicar a Cataluña, perjudicar a Andalucía o perjudicar a Canarias o a Valencia— resultaría que el Insalud se queda justamente en la mitad de la tabla. Si cogemos el presupuesto total y lo dividimos entre el número de personas que viven en cada territorio, observamos que la financiación per cápita es superior en Cataluña y en Galicia y es inferior en Valencia y en Canarias; el Insalud está justamente en la mitad de la tabla, excluyendo lógicamente a las Comunidades Autónomas de cupo como son Navarra y Euskadi. Por lo tanto, no hay desequilibrios, señoría, sino que hay un planteamiento bastante ortodoxo de lo que es un principio básico como es el del número de población que existe en cada territorio y también el número de desplazados o de personas que utilizan los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas como consecuencia de estacionamientos y como consecuencia de rotación de personas en esos territorios.

Vamos al presupuesto de gastos. Francamente es difícil en un presupuesto de gastos de un billón 542.000 millones de pesetas extraer las conclusiones a las que usted se refiere y cómo es difícil extraer esas conclusiones, bastante más difícil es argumentar lo contrario. Si usted dice que esto favorece al sector privado y perjudica al sector público, obviamente no es verdad, por muchas razones. Yo no voy a ahondar en ellas porque usted ya las conoce e intentar explicar cuestiones que ya se conocen no tiene mucho interés, parlamentario al menos.

Una de las cuestiones que, por lo que veo, a usted le preocupa año tras año son los conciertos. Yo le decía en esta Comisión hace dos años que la previsión de desviación de conciertos a mayo de 1996 eran 3.000 millones de pesetas. En conciertos se estaba utilizando siempre lo mismo: una previsión de presupuesto inicial inferior al gasto real del ejercicio anterior. Estará conmigo en que esto no es ortodoxo. Yo podría hacer lo mismo, en vez de subir los conciertos en la cifra a la que usted se refiere que subieran tres dígitos menos, y después hablaríamos del gasto real. En el gasto real yo le podría contar una serie de cuestiones, pero prefiero comentarle desde el principio por qué suben los conciertos para no explicarle por qué el año próximo sube el gasto real de conciertos. Los conciertos suben básicamente por tres cuestiones y también aprovecho para contestarle sobre el transporte. Usted considera que incrementar la partida de transporte beneficia al sector privado y perjudica a los usuarios; quiere decir que cuanto mejor transporte sanitario haya más le interesará a las empresas y más le perjudica a los usuarios, como si las ambulancias las llevasen vacías o como si las rutas fuesen exclusivamente a juicio del conductor de esa empresa. No; se incrementa la calidad del transporte y el número del transporte y se mejora, por lo tanto, la calidad de esa prestación sanitaria que desde siempre, señoría, la han realizado las empresas privadas —no conozco que el Insalud tuviese una flota de ambulancias para transportar a los pacientes, creo que no ha incurrido en ese error—. Pero, además, hay tres cuestiones junto con el transporte que tienen especial incidencia. Si vamos a invertir en la terapia combinada del sida, aproximadamente 112.000 millones de pesetas, no tiene mucho sentido que al Gregorio Marañón, a la Fundación «Jiménez Díaz» y a los demás grandes hospitales que están cubriendo una población sectorizada del Insalud se les niegue la terapia combinada del sida. Y la terapia combinada del sida supone un capítulo muy importante del capítulo de conciertos. Si vamos a hacer grandes reformas en 30 hospitales y un total de 49 actuaciones con reformas en el total de hospitales (insisto, planes directores 30; número total de actuaciones, 49), es inevitable mantener la actividad asistencial mientras dure el cierre de una planta o de dos durante casi todo el año o el cierre de parte de algún bloque quirúrgico durante buena parte del año, y para esto sí es necesario incrementar determinadas partidas de conciertos.

Los conciertos con el Ministerio de Defensa están empezando a dar resultado y es bueno utilizar el Gómez Ulla, el Hospital Naval de Cartagena y el Hospital del Ministerio de Defensa en Zaragoza, y creemos que eso es positivo. Ésas son las cuestiones, y no otras, junto con la última, que es atender a la hospitalización psiquiátrica de agudos. El Insalud, desde hace algún tiempo, intenta, por

las limitaciones que tiene el organismo, trasladar a las Comunidades Autónomas la responsabilidad de la atención psiquiátrica, y estamos de acuerdo en que la atención psiquiátrica de crónicos se traslade a las Comunidades Autónomas, pero es muy difícil que las unidades de psiquiatría de agudos las financien también las Comunidades Autónomas. Esa sí es una prestación explicitada en el real decreto de ordenación de prestaciones, y tanto en la Comunidad de Castilla y León como en la Comunidad de Aragón como en la Comunidad de Murcia, como en buena parte de la Comunidad de Madrid, estamos haciendo frente a las unidades de psiquiatría de agudos que financian las Comunidades Autónomas.

Éstas son, insisto, las razones sobre el incremento de conciertos. Pero permítanme que les diga, en relación con el gasto farmacéutico, que de sabios es rectificar. Por supuesto. Lo que ocurre es que hemos de ver cuándo se rectifica, quiénes rectifican y en qué momento se rectifica. Yo estoy convencido de que ustedes rectificarán (**el señor Corominas i Busqueta: Porque somos sabios**), exacto, porque también son sabios, y apoyarán sin ninguna duda temas de prestación farmacéutica como los que, sorprendentemente, insisto, sorprendentemente, ustedes no solamente no han apoyado, sino que han intentado llevar a la opinión pública un desasosiego, por utilizar este término, en materia de recorte de prestaciones a través del real decreto de financiación selectiva. Espero, desde luego, que rectifiquen esto para poder decir que de sabios es rectificar.

Sobre la farmacia está escrito todo y sobre los incrementos de farmacia en el Insalud, casi todo. Nosotros tuvimos el año pasado un incremento del 4,5 por ciento y el Sistema Nacional de Salud tuvo un incremento del 5,4, y ustedes dicen este año que estamos creciendo al 11, frente al 5. Fíjense ustedes la diferencia que hay entre un año y otro. Esa comparación no es de sabios, por lo tanto, hemos de rectificarla. No es de sabios porque ustedes están trayendo una medida estructural y están comparando un año sobre otro como si no hubiera ocurrido nada, cuando en el otro hay una medida estructural de 3 puntos, que es el real decreto sobre márgenes. Por lo tanto, para hacer comparaciones homogéneas, debería hacerse entre el 11 y el 8, inevitablemente, señoría; si no, insisto en que esa comparación no contiene el más elemental principio de homogeneidad. Aun cerrando al 11, que esperamos cerrar por debajo de los dos dígitos, estamos teniendo un crecimiento sensiblemente inferior al que se tenía en el Sistema Nacional de Salud desde hace mucho tiempo. Permítanme que les diga que en 1987 el crecimiento fue de 19,8; en 1988, 18,4; en 1989, 18,9; en 1990, 16,20, y en 1991, 17,10. Esto es historia. (**El señor Corominas i Busqueta: Eso es prehistoria.**) Ah, prehistoria, perdón.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, le ruego que no entable debate.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): En 1994, 6,49. Es un excelente dato. ¿A través de qué? Del decreto de financiación selectiva de medicamentos y rebaja de 3 puntos del IVA de los medicamentos, medidas estructurales. En 1995, sobre el buen año de 1994, un 12,45. Con esto quiero decir

que estamos en una senda de contención del crecimiento. Si no se hubiese adoptado el año pasado ninguna medida, estaríamos el año pasado en un 8 y este año en un 11, que insisto en que espero que quede por debajo del 10. Las explicaciones son evidentes: la Agencia Europea del Medicamento. Ustedes no tenían el problema de que cuando en Europa se dice sí al registro de un medicamento, el país miembro tiene que aceptarlo en un plazo. Ustedes no tenían ese problema; utilizaban los plazos que consideraban conveniente para registrar un medicamento. En este caso no es posible. En 1997 entraron en el sistema más medicamentos de los que se excluyeron, es decir, en el mismo año en el que se adopta un real decreto de financiación selectiva se financian más medicamentos de los que se excluyen. Por lo tanto, no hay, insisto, ningún tipo de política en el gasto farmacéutico que sea necesario rectificar en su totalidad. Desde luego, es necesario seguir aprendiendo y mejorando, pero le insisto en que durante los dos años, si comparamos 1997 y 1998, creceremos en el entorno, si usted quiere, del 15 (mantengamos el 5 del año pasado y el 11 de éste), que es lo que ustedes crecían en un solo año en las anualidades anteriores.

Le preocupa a S. S., y se lo agradezco, la aportación del Insalud a la Fundación Oncológica, al Instituto Nacional contra el Cáncer. Se me ha dicho, y entiendo que es así, que todas las Comunidades Autónomas cofinanciaban este proyecto y que el Insalud haría una aportación de alrededor de 500 millones de pesetas y que los demás servicios de salud pondrían también dinero para financiar este proyecto. En cuanto a la Fundación «Jiménez Díaz», me remito a las palabras de la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida: creo que no trae agradables recuerdos el concierto de la Fundación «Jiménez Díaz», y creo que no es el camino de incrementar año tras año el concierto de la Fundación «Jiménez Díaz», cubrir las subvenciones a la explotación de dicha fundación a través de incrementar el precio de la UPA y el precio del proceso. Creemos que eso no procede. Sí nos parece razonable que si la fundación hace un esfuerzo por inversión, insisto, inversión real, y por acondicionar las plantas, las instalaciones y por invertir en tecnología, se haga una cofinanciación del proyecto en una cantidad como ésta. Podríamos utilizar la técnica de años anteriores, que es incrementar el concierto, pagar la estancia más cara, pagar los procesos más caros, y así solucionar los problemas de la fundación. Nos parece que el concierto ha de ser similar a los conciertos de los demás centros y, de la misma forma que lo hemos hecho también con otros hospitales no del Insalud, sino de otras administraciones públicas, cofinanciar determinada inversión.

En cuanto a las tiras reactivas, señoría, estamos justamente cerrando y estudiando las plicas, las propuestas económicas al concurso de determinación de tipo de tiras reactivas. Es posible que sea necesario concretar exactamente el gasto, dado que antes estaba en el marasmo de la farmacia, porque a esa partida se imputará el precio de tiras reactivas que hemos de pagar.

Estoy convencido de que usted conoce el programa de administraciones y servicios generales y de que usted sabe la respuesta que le voy a dar, pero si me lo vuelve a preguntar tendré que volver a darle la respuesta. Usted sabe que este programa lleva consigo el que desaparece el programa

del control interno en contabilidad, y usted sabe que crece este porcentaje como consecuencia de que 4.000 y pico millones del programa del control interno en contabilidad pasan al programa de administración y servicios generales. Por lo tanto, el programa de administración y servicios generales crece un 7, no un 30 por ciento. Y como usted se lo sabe, no voy a reiterar esta cuestión. ¿Por qué crece el capítulo 1? Por tres cuestiones. En primer lugar, porque se ha incrementado el complemento de destino a los inspectores y a los subinspectores sanitarios, que creo que ha sido una propuesta (que no sé si goza o no del apoyo de su Grupo), solicitada por la totalidad de los sindicatos: incrementar el complemento de destino al cuerpo de inspección y subinspección. Segundo, como consecuencia de que se incrementa a través de la oferta pública de empleo el número de inspectores, médicos, inspectores farmacéuticos y subinspectores. Y, tercero, por la repercusión del incremento de niveles mínimos de la función pública, niveles 10, 11, 12, etcétera, depende de qué grupo, como consecuencia del acuerdo del Consejo de Ministros de junio de 1998. Por esto y por ninguna otra cosa es por lo que crece el capítulo 1. Capítulo 2. Crece un 16 por ciento básicamente por equipamientos informáticos. Como usted me da la oportunidad de hablar de informática, lo comentaré, si le parece, conjuntamente. Y esto es todo, señoría. El capítulo 4, claro está, crece esos 4.000 millones porque son los 4.000 millones del control financiero. Por lo tanto, este programa crece lo justo: consecuencia de acuerdos sindicales, de oferta pública de empleo y de los incrementos en informática. Y nada más sobre esta cuestión, señoría.

A usted le preocupan las asociaciones de hermandades de donantes de sangre y la única explicación que le puedo dar, con independencia de que lo estudie con más precisión al objeto de satisfacer su pregunta, es que cada vez hay más bancos de sangre, que cada vez hay más posibilidades de acudir a un banco de sangre y menos a la cuestión altruista, como son las asociaciones de hermandades de sangre. Esta es la explicación que le puedo dar. Como sabe usted, las Comunidades Autónomas están creando bancos de sangre; lo ha creado la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares y creo que también la Comunidad Autónoma de Madrid y, por lo tanto, estas bolsas se transfieren desde los bancos de sangre directamente a los hospitales. Es posible que estas asociaciones reciban subvenciones mayoritarias de los titulares de los bancos de sangre o de los centros de transfusión, por decirlo de una forma más correcta.

En relación con el tema de la salud mental en Asturias, usted sabrá a lo que se refiere. Nosotros nos referíamos a la enfermería. **(El señor Corominas i Busqueta: A la enfermería, dos plazas.)** Bien, pues nosotros acreditamos en función de los acuerdos con el Ministerio de Educación; si el Ministerio de Educación nos pide acreditar dos plazas, pues dos plazas, si nos pide acreditar ocho, ocho, y si nos pide acreditar 18, pues 18. Y lo mismo en cuanto al número de MIR, que se incrementan, aproximadamente, en 170 —usted que se lee la memoria de objetivos verá que son 171, creo recordar—. Pues es lo que se aprueba en las comisiones de docencia, señoría, tampoco será responsabilidad del Insalud el que se aprueben muchas o pocas. A nosotros, en todo caso, nos parece correcto.

Nuevas fórmulas de gestión. Mezclamos el real decreto-ley y la Ley 15. También tuve ocasión de decírselo hace dos años con ocasión de los presupuestos de 1997 en esta Comisión. Nosotros tenemos que ser muy respetuosos con lo que quieran los grupos parlamentarios y a ustedes no les gusta hablar del real decreto-ley, sino de la Ley. Las fundaciones se hicieron conforme al real decreto-ley y posteriormente se aprobó la ley; si decimos que lo hacemos conforme a la ley, ustedes dirían que no fue conforme a la ley. Por lo tanto, esto es lo que hemos dicho. **(La señora Pozuelo Meño: ¡Era una broma!)**

El reglamento. El reglamento, señoría, está finalizado por parte del Insalud, desde luego, y supongo que se tramitará a través de los procedimientos que procedan. Insisto, a través de los procedimientos que procedan: Secretaría General Técnica del Ministerio, Consejo de Estado, etcétera. Lo que sí nos gustaría saber es lo que opinan las organizaciones sindicales del reglamento, por lo que vamos a llevar a cabo un período de audiencia sobre esta cuestión.

Sobre la Fundación «Hospital Alcorcón» y los gastos financieros, esto no es para pagar a los proveedores, no es que la Fundación «Alcorcón» pague peor que el Insalud, sino que justamente es para utilizar a través de estas fórmulas de gestión las adquisiciones a través de *leasing* o a través de arrendamiento diferido y es para atender los gastos que proceden de las adquisiciones a través de *leasing*. Por lo tanto, en ningún caso es para proveedores como consecuencia de deuda.

Sobre los intereses de demora, le vuelvo a insistir que en 1996 teníamos 10.000 millones y que algunas sentencias las perdemos, más de las que nos gustaría, y las sentencias que se pierden por intereses de demora se imputan a esta partida que, como usted pudo comprobar, es la misma que la del año pasado.

En materia de informática, yo coincidido con usted. A mí me parece sorprendente que un organismo con un billón 300.000 millones de gasto en 1996 tenga una previsión de informática de 1.300 millones de pesetas. A mí me parece sorprendente. Y en lo que ya no coincidido es en que a usted le parezca sorprendente el presupuesto de 1998 o el de 1999, me parece imprescindible. Hablar de que un organismo con un billón 300.000 millones de gasto tenía una previsión para gasto informático de 1.300 millones, no me gustaría a mí dar la explicación sobre este supuesto.

En informática crecemos (se lo digo en su totalidad) alrededor de un 7 por ciento. Como S. S. ha insinuado que es posible que pida comparecencia para explicar la informática, ya le anticipo los datos, el crecimiento será del 7 por ciento, teníamos 9.000 y pico millones el año pasado, y tenemos 10.000 y pocos millones en 1999. Lo importante, señoría, no es si se gasta mucho o poco, sino si se gasta bien, si se gasta adecuadamente. En 1999 vamos a actuar sobre 119 centros de salud, 64 centros se informatizarán al completo, 30 centros en su parte asistencial y 29 en la parte administrativa.

En materia de atención especializada, durante el ejercicio 1999 vamos a actuar sobre 28 hospitales y finalizaremos la informatización integral de los hospitales durante los años 2000-2001. Esto es tan importante para poder gestionar un sistema sanitario y es tan fundamental, que es de agradecer el interés que se demuestra por las tecnologías de

la información y por la informatización de la red hospitalaria y de la red de atención primaria.

Le agradezco, primero, que usted se haya dado cuenta de que en la página 140 nos hayamos equivocado en un año, porque es posible que no nos hayamos equivocado más durante toda la Memoria, y eso significa que usted —estoy seguro— nos lo condonará, porque el que en una Memoria de 70 folios haya un error entiendo que es admisible. Comparto con usted el elogio a la arquitectura de la Fundación «Hospital Alcorcón». Ese proyecto fue encargado por el anterior equipo, aunque es verdad que nosotros tuvimos que financiarlo mayoritariamente, tanto el proyecto como el equipamiento y, sobre todo, si el hospital tuvo una inversión de unos 12 ó 13.000 millones, sólo el contrato marco de 1999 va a ser, aproximadamente, de 10.000 millones. Ha sido un buen proyecto y nos satisface ver cómo en Alcorcón se hace un buen proyecto. Nos gustaría que se pudieran hacer los mismos proyectos en los 30 hospitales en los que este año tenemos que hacer planes directores y en las 49 actuaciones.

No ha dedicado usted ni una línea, ni mi minuto, ni un segundo a decir que el presupuesto de inversiones crece un 19,3 por ciento; estoy seguro de que lo hará en la réplica. Tampoco ha dedicado usted ni una línea a decir que el presupuesto de inversiones del Insalud 1998-1999 ha crecido un 64 por ciento. Pues bien, eso es lo que entendemos nosotros por consolidar y por modernizar el sistema sanitario público.

En cuanto a la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, le agradezco su reflexión inicial en cuanto a que se produce un incremento del gasto público en sanidad; es evidente, no hay ningún tipo de ocultación, es un 6 por ciento. Creemos que se ha incrementado un 9,55 por ciento la aportación del Estado. Es importante, porque se ha cumplido un acuerdo como es el pacto de pensiones; por tanto, sí se incrementa a través de los impuestos el presupuesto de la sanidad. Es muy difícil contestarle a que esto obedece a un intento posterior de privatizar. Esto es el tercer año que se oye. Yo no sé quién lo privatizará ni cuándo, espero que si alguien comete alguna vez este inmenso error usted se lo pueda demandar. Estoy convencido de que de momento no va a poder hacerlo, al menos al equipo que actualmente dirige el ministro de Sanidad.

¿Dónde están los ahorros del Consejo de Política Fiscal y Financiera? Creo que se lo respondí al señor Corominas. Se generan durante el ejercicio. En cuanto al tema de los institutos clínicos debe haber un problema de explicación, porque usted no puede estar en desacuerdo con los institutos clínicos o con las áreas clínicas funcionales, y no puede estarlo por muchas razones. La primera, porque se aplanan la organización jerárquica del hospital. Ya el director o el facultativo responsable de ese área clínica no va a tener ni sé cuántos jefes de servicio, no va a haber ni sé cuántas escalas jerárquicas entre el gerente, el director médico, el jefe de servicio de cirugía cardíaca, el jefe de servicio de cardiología, el jefe de servicio de la UCI coronaria o el jefe de sección o lo que fuere. Aquí se aplanan la organización, por lo que hay un responsable máximo de un conjunto de servicios que se agrupan para dar una mejor y una más rápida sanidad a las personas afectadas como consecuencia de esa actividad asistencial. Primer planteamiento.

Segundo plantamiento: se intenta que los profesionales coparticipen a través de la gestión clínica, se intenta por tanto dar mayor competencia a los profesionales, tanto desde el punto de vista clínico como del de gestión. Y tercero: ésta no ha sido una propuesta de la Administración, señorita, ha sido una propuesta de abajo a arriba, ha sido una propuesta de los hospitales a la Administración. Había 16 propuestas de áreas funcionales y se han autorizado seis. Vuelvo a insistirle en que, en ningún caso, esto envuelve nada diabólico sino todo lo contrario, lo que intenta es agrupar servicios y que un ciudadano no tenga 42 compartimentos estancos igual al número de especialidades que el Consejo Nacional de Especialidades tenga a bien concretar en nuestro sistema sanitario, y si una persona tiene un problema de corazón, que no esté sujeta a dos o tres compartimentos estancos, que son los servicios que entienden del área del corazón. No hay ninguna partida presupuestaria —usted lo ha dicho—, esto es un anexo del contrato de gestión del hospital. Los contratos de gestión del hospital constituyen un conjunto y de ahí se detraerán anexos para concretar esas partidas o esos presupuestos de los institutos.

En relación con la Fundación «Jiménez Díaz», comparto con usted que no traen agradables recuerdos los incrementos del concierto de la Fundación «Jiménez Díaz», porque eran incrementos que intentaban solucionar un problema de financiación y no basados en las tarifas de los procesos. Vuelvo a insistir en que creemos defendible que haya una cofinanciación para inversión de obra nueva en la Fundación «Jiménez Díaz». Entiéndase que la mayor parte de la población de la Jiménez Díaz es población del Insalud. Si en Madrid estamos actuando en planes directores en el Hospital de La Paz, en el Hospital Clínico, en el Hospital 12 de Octubre, en el Hospital de Santa Cristina, si se están haciendo hospitales como el de Fuenlabrada o como el de Puerta de Hierro, en fin, si se están remodelando todos los hospitales públicos, parece razonable que un hospital concertado, al que acude la mayoría de los ciudadanos porque el Insalud los remite allí, parece razonable hacer algún gesto, pero un gesto cofinanciado con el propio esfuerzo de gestión de la Fundación.

Le parece que el Hospital de Fuenlabrada va un poco lento o no le parecen suficientes los 1.075 millones de inversión en 1999. Respecto al hospital de Fuenlabrada en el año 1998 hemos hecho tres cosas. La primera, firmar con el Ayuntamiento de Fuenlabrada y con la Comunidad Autónoma de Madrid el compromiso de hacer un hospital en Fuenlabrada; la segunda, sacar un anteproyecto arquitectónico; la tercera, en base a ese anteproyecto, elegir el proyecto. A finales de este mes, podemos entregar el proyecto del hospital de Fuenlabrada. En menos de diez meses se han hecho todas estas cuestiones y creemos realmente que tanto en la Comunidad Autónoma como el propio Ayuntamiento de Fuenlabrada y el propio Insalud, que están en una comisión tripartita haciendo el seguimiento de la obra, hay bastante nivel de satisfacción por la prontitud de este hospital.

También le preocupa el Hospital de Mahón. Como usted sabe, el año pasado se había decidido hacer un plan director en el hospital de Mahón. Posteriormente, viendo las ventajas e inconvenientes, se consideró que era más

oportuno hacer un nuevo hospital, por tanto se ha de decir que se va a hacer un nuevo hospital en Mahón. El hospital de Mahón, como el de Inca, que no aparece en este presupuesto, pero también se hará un hospital en Inca, lleva consigo 100 millones de pesetas, que es lo que dará para aprobar el plan funcional en los dos meses que quedan de 1998 y, en 1999, licitar el proyecto de ejecución de obra y empezar las obras, si es posible, y, si no, a principios de 2000. Estos 100 millones son indicativos, vuelvo a insistir, por lo que si necesitásemos mayor cuantificación presupuestaria para adelantar este proyecto, lo haríamos. Vuelvo a decir que solamente las limitaciones técnicas son las que pueden concretar los plazos del hospital de Mahón, así como el de Fuenlabrada.

En materia de concierto y de transporte, señor Corominas, creo que las explicaciones son similares a las que usted manifestó, y también mantuvo usted una preocupación en cuanto al Hospital de Puerta de Hierro, en Majadahonda, que está acordado por todas las administraciones públicas, tanto por la universitaria docente, universidad autónoma, como por la administración pública competente en materia de planificación, es decir, la Comunidad Autónoma de Madrid, como por el propio Insalud. Hay un acuerdo protocolizado donde se contienen todas y cada una de las obligaciones que asumen las partes y en esas obligaciones se concreta: primero, que la Clínica Puerta de Hierro va a mantener la misma área de población que tenía anteriormente a este acuerdo; segundo, va a mantener la misma cartera de servicios incrementada por el servicio de obstetricia y por el de pediatría, que no tenía; tercero, el número de camas va a ser, cuando menos, igual al que tiene actualmente la sede de la Clínica Puerta de Hierro y la plantilla va a ser igual o adicionada con estos dos servicios a los que me refiero. Por consiguiente, la Clínica Puerta de Hierro tendrá un nuevo hospital, que así como se ve bien —como parece— en el caso de Mahón, entendemos con dificultad que no se vea bien en el caso de Puerta de Hierro.

Por último, S. S. se ha interesado por temas de cogeneración de hospitales. Creo que ha habido tres actuaciones por parte de su Grupo Parlamentario sobre esta cuestión. Decíamos que se ha puesto cogeneración en cinco o siete hospitales, no lo recuerdo bien, pero usted seguro que tiene la respuesta, y que en este momento se está analizando la viabilidad de 16 hospitales para incluir el sistema de cogeneración. La única limitación que tenemos en este momento es la obligación de contar con el real decreto que desarrolla la Ley de Acompañamiento, al objeto de que se concreten, para las instituciones que se acojan a los programas de cogeneración, cuáles van a ser las tarifas, cuáles van a ser los precios de los excedentes que se producen como consecuencia de cogeneración, etcétera. El proyecto de cogeneración nos parece un buen proyecto y se ha de estudiar y, si procede, instalar en todos cuantos más hospitales mejor, en el supuesto de que la inversión que conlleve esa instalación y los consumos dé una cuenta de resultados positiva para el sector hospitalario. Creo recordar que en su pregunta o interpelación se solicitaba que esos posibles ahorros se mantuviesen dentro del presupuesto de gasto hospitalario. Cuento usted absolutamente con ello.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas.

Ruego a los señores diputados brevedad en sus intervenciones.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Voy a procurar ser lo más breve posible, pero después de las explicaciones del secretario general, presidente del Insalud, va a ser un poco difícil.

Yo le pediría al señor Núñez Feijóo, como hay muchos temas que dan para mucho debate, y nunca tenemos tiempo, que él pida su comparecencia ante esta Comisión, que no sean los grupos los que lo hagan, que sea él el que la pida para ir debatiendo estos distintos temas, con lo cual quizá avanzaríamos en algunas cuestiones.

Debo señalarle, señor Núñez Feijóo, que estas comparecencias presupuestarias son para que los distintos grupos parlamentarios puedan aclarar aquellos problemas o aquellas dudas que tengan, no para cantar las excelencias del presupuesto ni comentar aquellas cosas que están claras. Por tanto, no me regañe porque no haya hablado de inversiones. Está claro lo que pone en el presupuesto, no tenemos dudas y por eso no le he preguntado sobre ellas, le he preguntado por las dudas que teníamos.

Me ha aclarado que los gastos financieros de la Fundación «Hospital de Alcorcón» son para *leasing* y yo le pregunto si los dos hospitales no funcionan de la misma manera, porque en el de Manacor no hay gastos financieros, no compran nada por *leasing*.

Me ha tranquilizado el hecho de las aportaciones de la Fundación Oncológica, es decir, al doctor Barbacid, porque me parecía una injusticia que sólo hubiera aportaciones del Insalud-gestión directa. De todas formas debo indicar que en el presupuesto del Instituto «Carlos III», en lo que hace referencia a la fundación, no hay rastro de participación del resto de Comunidades Autónomas, pero esto no le atañe a usted, sino al Ministerio y al Instituto «Carlos III».

En cuanto a las hermandades de donantes de sangre —era anecdótico pero demuestra un poco el talante—, una de sus misiones es fomentar la donación, y en esto me parece que el Ministerio y usted como presidente del Insalud deben estar interesados, porque España está a un nivel de donación de sangre muy por debajo de otros países del entorno. Por tanto, pienso que todas aquellas medidas que fomenten este tema deben ser apoyadas desde el Ministerio y desde el Insalud, y no parece que pueda hacerse con lo que figura en el presupuesto.

En cuanto a los gastos, me decía que no es verdad que se privatice o se tienda a la privatización. Yo insisto, ¿los conciertos con medios ajenos de asistencia sanitaria han aumentado o no, o aumentan cada año en unas cantidades? Me ha dado la explicación de que estaban presupuestados por debajo, etcétera. Lo que sucede es que ustedes cada año los van incrementando de manera notable.

Respecto a los gastos —después hablaremos de los ingresos, porque me parece que es el tema importante hoy— he tenido en cuenta lo que usted me ha contestado, que en el programa 25 está incluido el 46. Si usted repasa los incrementos de cada uno de los cuatro programas que figuran en el Insalud-gestión directa, verá que atención primaria sube un 7,12, atención especializada un 5,41, el programa 25 más el 46 un 7,64 y formación de personal, el programa 26, un 2,52. Es decir, el que más sube, incluido

el 46, los 4.000 millones del año pasado, es un 7,64; el programa que más sube es el de la administración y el que menos el de formación de personal; sube muy poco, por debajo del incremento del presupuesto, el de atención especializada, y algo por encima el de atención primaria.

Respecto al tema de la informática, sobre el que ha pasado de puntillas, dice que este año van a informatizar no sé cuántos centros de atención primaria nuevos, hospitales, etcétera. Yo no he entrado en este tema, le he dado unas cifras globales y una partida que no me ha aclarado. ¿Con quién se establecen los conciertos con terceros de los servicios de carácter informático, que este año suben espectacularmente? Ya le he dicho las cifras: de 37.000 a 539.000, 32.000 a 815.000, de 17.000 a 453.000. Por tanto, hay una contratación externa en la partida 227.8.2. Pero respecto a lo que usted me decía de que van a informatizar nuevos centros, yo supongo que, si se informatizan nuevos centros, habrá que comprar equipos de informática. Si repasamos el presupuesto, las inversiones reales en equipos de informática son de 20 millones para atención primaria, 10 millones para atención especializada y 1,5 millones para servicios administrativos, partida 626, que es la de inversiones reales. Donde sí aumenta notablemente es en reposición de equipos de informática, lo cual quiere decir que existían estos equipos de informática, y aquí las subidas son espectaculares: 1.471 millones en atención primaria, 3.300 millones en atención especializada, 450 millones en administración y servicios generales. En todo caso, no habrá nuevas informatizaciones, serán equipos mejores, más modernos, más eficaces, lo que usted quiera, pero no nuevas informatizaciones, porque no las habrá, o no compran equipos nuevos, por lo menos en el presupuesto no están estos equipos nuevos. No he entrado en las partidas de inversiones que antes le comentaba porque me interesaba más esta partida, que era la 227.8.2.

Cuando hablábamos de la prestación farmacéutica, usted me ha regañado. Yo le debo recordar, señor Núñez, que hemos reiterado tantas veces como ha sido posible —y hoy vuelvo a hacerlo— que nosotros estamos dispuestos a colaborar en este tema, siempre que se parta de las bases de las que debe partirse. Nosotros hemos ofrecido la colaboración porque hemos dicho por activa y por pasiva que estamos por una utilización racional del medicamento, porque haya una prestación farmacéutica adecuada, pero no estamos de acuerdo y vamos a luchar con todas nuestras armas políticas para que no se tomen medidas en relación con el tema farmacéutico desde el Ministerio de Economía y Hacienda, no desde la perspectiva sanitaria. Estamos en el mundo sanitario, estamos en la Comisión de Sanidad y Consumo, y como son temas de tal amplitud precisan consenso y deben discutirse ampliamente en esta Comisión y ponerse las bases necesarias. En esto nos tendrán a su lado, pero no con medidas utópicas tomadas por quien no tiene criterio sanitario sino estrictamente criterio económico.

Le decía lo de rectificar, porque ustedes el año pasado en el paso del presupuesto por el Senado disminuyeron la partida de farmacia relativa a 1997. En el año 1998 ustedes disminuyeron la partida de recetas médicas en atención primaria respecto a 1997, porque se apuntaron al acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera y a las directrices del Ministerio de Economía y Hacienda del ahorro farma-

céutico; no sólo no ha sido un gasto inferior al de 1997 el que ha habido sino que ha sido bastante superior y sobre el gasto que ustedes previeron presupuestan un incremento del 8,5.

Además, hay otra partida que tampoco le he comentado, que es muy importante, que son los fármacos dispensados ambulatoriamente, dentro de la partida de atención especializada; ésos son algunos de los fármacos que han traído de la dispensación en atención primaria para pasarlos a atención especializada. Ya sé que el argumento es que el tratamiento del sida es muy caro, pero también tenemos reiteradas manifestaciones de este Ministerio diciendo que gracias a la buena política que ustedes desarrollan disminuye el número de casos de sida. Esto se compagina mal; aunque sea más caro, si realmente la utilización de tres fármacos en el tratamiento del sida disminuye la incidencia, si hay menos enfermos, puede llegar casi a compensarse. ¿Sabe cuánto presupuestan de incremento en fármacos de dispensación ambulatoria para este año? El 57,68 respecto a 1998; ya me contará si esto tiene alguna lógica o justificación.

También me ha tranquilizado respecto a las desigualdades territoriales entre Insalud y comunidades transferidas. Usted ha reconocido que el gasto per cápita no es el mismo y me ha estado explicando una serie de cuestiones como que se perdía población. También perdió población el territorio Insalud y, por tanto, debe ser compensado. Yo lo que digo es que el año pasado se establecieron diferencias en favor de unas determinadas comunidades; ustedes sabrán por qué esas comunidades, y sorprendentemente —también lo dijimos el año pasado cuando se hablaba del problema de financiación— a quien han perjudicado ha sido a aquellas comunidades a las cuales ustedes controlan. Me ha dicho que la Comunidad Valenciana tiene menos, es verdad, y a la que más han favorecido es aquella de la que ustedes precisan sus votos para gobernar. Pero estas diferencias que el año pasado establecieron, al incrementar un 6 por ciento la partida, tanto en la administrada en gestión directa como en la transferida, se incrementan en un 6 por ciento, y si seguimos a este ritmo en los cuatro años del nuevo modelo de financiación sanitaria se van a incrementar más, lo que no me tranquiliza del todo.

Vamos con los ingresos y dejemos los gastos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, le ruego vaya concluyendo.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Sí, pero ha dicho muchas cosas que me gustaría matizar y que el señor presidente del Insalud aclarara.

De las primeras preguntas que he formulado me ha dicho que había hecho una mala interpretación. Yo me he limitado a leer lo que usted dice. Usted en la presentación a la prensa de los presupuestos de 1999 y —tengo aquí un recorte de la prensa— dice textualmente (digo textualmente porque está entrecomillas; si no es cierto, usted lo desmiente y yo me quedo tranquilo), sin hacer referencia a años: El sistema estuvo a punto de quebrar porque acumulaba una deuda de un billón de pesetas y año tras año el presupuesto era inferior al gasto real que se terminaba registrando. Yo le he preguntado: ¿En el año 1996 el presu-

puesto era inferior al gasto real del año anterior, sí o no? ¿La deuda del billón estaba? Usted me ha indicado que en la Comisión del año 1996 me dijo que la desviación presupuestaria estaba en 36.000 millones, según este acuerdo que me ha leído, si he sumado bien los miles de millones que me ha dicho, no en un billón de pesetas. Esta comparecencia creo que ha tenido una utilidad y es que usted ha reconocido que durante dos años, éste es el tercer año que presenta el presupuesto, ustedes han hecho presupuestos falsos, presupuestos inflados, presupuestos que no se ajustaban a la realidad y que este año han decidido hacerlos honradamente, entre comillas, para ajustarse a la realidad. Yo me congratulo. A ver si los podemos seguir claramente, porque dice que los ingresos que había no eran reales y que había partidas que estaban hinchadas. Es cierto que las aportaciones de terceros por asistencia sanitaria han disminuido en un 30 por ciento en dos años de presupuestos del Partido Popular; repase los números. De 1997 a 1999, los ingresos por terceros disminuyen el 30,33 por ciento. No sé si es que estaba muy hinchado o es que la gestión de cobro es mala cuando hay actuaciones de este tipo.

Otra cosa que ha quedado clara es que hay un dinero extrapresupuestario en este presupuesto que es el de la ITE y el de la aportación de la industria farmacéutica. Nos gustaría que todo el dinero estuviera en el presupuesto para poder controlarlo. Usted me ha dicho que los 42 millones de la ITE y los 26 de aportación de Farmaindustria son extrapresupuestarios, y que el gestor, en este caso usted, los acomoda donde mejor le convenga. Como grupo parlamentario en la oposición nos gustaría controlar dónde mete este dinero; Si va por vía extrapresupuestaria, difícilmente lo podremos controlar. Estos 26 millones de Farmaindustria no tienen nada que ver con el ahorro por los descuentos. Continuamente están mezclando todos los conceptos. Una cosa es el ahorro por la devolución de los márgenes comerciales, que ya están dentro del sistema. Debo aclararle señor Núñez que las cifras no son tan disparas para comparar, porque no es verdad que el año pasado hubiera un margen de tres puntos; ya había un descuento de un 2 por ciento. Ustedes lo han incrementado en un punto y no en tres; no me diga que no. Los convenios que había con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos e Industria retornaban un 2 por ciento. Ustedes han hecho un decreto por vía legislativa para subirlo a un 3 por ciento. Por tanto, la diferencia entre lo que ya había en presupuestos anteriores y lo que hay en 1998 no son tres puntos de diferencia sino uno.

Le he preguntado y no he encontrado ninguna respuesta sobre el tema estrella, que son las listas de espera. Dice que gracias a la informatización tienen las listas de espera quirúrgicas en tiempo real. Espero que también lleguen en tiempo real a este Parlamento, porque cuando se les ha preguntado por las listas de espera nos han dado las del mes de marzo, y estamos en septiembre. Espero que ahora que ya están en tiempo real, lleguen a este Parlamento también en tiempo real. Hay una frase en la memoria que no deja de sorprenderme, y es que las listas de espera diagnósticas que hay no están cuantificadas. Uno de los objetivos de los programas de atención especializada dice lo siguiente: El cuello de botella actual está localizado fundamentalmente en el área de consultas externas y exploraciones —que es éste

que le decía—. El impacto del cumplimiento de los objetivos de demora en esta área va a conllevar un mayor número de entradas en la lista de espera quirúrgica, con lo cual la tan cacareada reducción de listas de espera quirúrgica es porque han colapsado la entrada. Por lo que dicen ustedes aquí no sé si se puede interpretar así, pero esto es lo que contiene el texto. Sigue diciendo: ... por lo que asumir este incremento va a suponer una repercusión importante en la actividad.

Espero señor Núñez que podamos vernos más a menudo en esta Comisión para tratar todos los temas —porque el presidente me va a cortar ya —a solicitud suya, para que podamos discutir tema por tema. El presupuesto de Sanidad es complejo y la discusión de las partidas es muy importante. Si usted solicita una comparecencia, estaremos encantados de colaborar y podremos avanzar y seguir en este control del Ejecutivo, que es la misión del Parlamento. No sé si es posible o no, como última petición, incluir estas aportaciones suplementarias. Le digo esto porque los 42.000 millones de la ITE sí figuran como salida en los presupuestos de la Seguridad Social presentados a esta Cámara, pero no aparecen como ingresos en los presupuestos de Sanidad. Me parece un poco raro que en un presupuesto figure como salida 42.000 millones y no esté en otro la entrada de estos 42.000 millones; me parece un poco sorprendente. Ya entiendo que les puede gustar porque hay algunos datos de esta contabilidad extrapresupuestaria y de esta mayor habilidad de los gestores para desarrollarlos como quieran y sin control.

Respecto a las fundaciones, los reales-decretos, la ley, el real decreto-ley, etcétera, le decía, y se lo voy a leer textualmente —y con esto termino señor presidente—, que ustedes en la memoria crean una confusión constante. Van diciendo que se han creado, de acuerdo con el real decreto ley, con la ley; pero donde lo ponen —lo ponen mal a nuestro modo de ver, y usted me lo ha confirmado— es en la página 105, en el cuadro numérico. En la partida de asistencia sanitaria con medios ajenos de atención especializada pone lo siguiente: partida 252.9; con entidades creadas por Ley 15/1997. Ustedes son los que ponen que las han creado por la Ley 15/1997; no lo digo yo, lo dice esta partida que le indico. Por tanto, aclárense, sean coherentes, procuren que haya la máxima transparencia, como dicen. Si no, estos pobres diputados de la oposición nos volvemos locos analizando las cosas. Si nos facilitaran un poco más la tarea, todos ganaríamos también en salud mental, no sólo en Gijón, donde están las dos enfermeras.

En cuanto a los MIR, el año pasado presupuestaron un incremento de 300 y pico plazas nuevas de MIR. De éstas, han cubierto sólo 100 plazas más. Este año no hay 300 y pico MIR más, sino 100 y pico. Ahora presupuestan 100 y pico más para el año 1999, 100 y pico más que las que han ocupado realmente en el año 1998. ¿Va a pasar lo mismo? ¿Estos 100 y pico se van a convertir en ninguno o van a ser 100 y pico reales? Usted me dice que acreditan las que les dice el Ministerio de Educación. El año pasado acreditaron trescientas y pico plazas más, y aquí, en el dato que hay en la memoria, pone que sólo hay 100 más que el año 1997.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Intervengo brevemente para pedir alguna información complementaria.

Respecto a la instalación de sistemas de cogeneración en hospitales, según la respuesta del Ministerio de la Presidencia a una pregunta parlamentaria, solamente en el hospital de Guadalajara y en el hospital universitario «Marqués de Valdecilla», de Santander, existen instalaciones de cogeneración. No obstante, se han realizado estudios en 95 hospitales, red del Insalud y Canarias. Se me informa también que por parte del IDAE se ha ofrecido financiación para las instalaciones de cogeneración al Hospital de Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real), al Clínico de Zaragoza, al Virgen de la Salud de Toledo, San Pedro de Alcántara de Cáceres y San Millán de la Cogolla de La Rioja.

Dado que están realizados los estudios por el instituto de Desarrollo Tecnológico, que es la propia Administración la que ha realizado estudios, la que ha ofertado participar en la cofinanciación, y como no aparece partida presupuestaria, mi pregunta concreta era si se ha estimado en los presupuestos para 1999, en los proyectos de nuevos hospitales o en los proyectos de renovación de instalaciones, la introducción de alguno de estos sistemas que —insisto— la propia Administración no solamente ha estudiado ya, sino que ha ofrecido financiación para ellos.

Con respecto a la Fundación «Jiménez Díaz», señor Núñez Feijóo, hace falta tener una confusión entre lo público y lo privado digna de mejores objetivos para que le parezca completamente normal que en los presupuestos del Insalud se haga una transferencia de 200 millones a una entidad privada que, según dice usted, realiza un proyecto de modernización de instalaciones. Señor Núñez Feijóo, desde un planteamiento elemental de diferenciación entre lo público y lo privado, para una entidad que además tiene un concierto especial sobredimensionado con respecto a otras clínicas privadas en cuanto a lo que paga el Insalud por estancia hospitalaria, quedan enormes dudas sobre cuál es la razón última de que se le haga una donación a una entidad privada, estrictamente privada, que sigue siendo privada; es decir, en virtud de esa transferencia de capital no hay ningún tipo de participación pública en la propiedad ni en la gestión ni en nada; se sigue concertando como cualquier entidad privada. Realmente es sorprendente y la justificación incrementa las sospechas.

Finalmente, quiero hacer una última pregunta en relación con los institutos clínicos. Creo que ha sido usted, pero no estoy segura, quien ha hablado en algunos medios de comunicación —en cualquier caso ha sido un algo cargo del Ministerio de Sanidad— de que se estaba trabajando en el borrador de un proyecto de ley de modernización y autonomía hospitalaria. Quiero preguntarle si es cierto que se trabaja sobre ese borrador y si esto tiene algo que ver con los institutos clínicos a los que me he referido.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general, al que también pido brevedad en aras a lo avanzado de la hora.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Señor Corominas, voy a pedir formalmen-

te mi comparecencia para explicar la informática y las inversiones del Insalud. Espero tener la oportunidad de poder explicar esto y si se aclara definitivamente espero tener la oportunidad de que usted no siga intentando conocer, porque se lo voy a facilitar, todos los compromisos que tiene el Insalud sobre estas cuestiones.

Yo no le he regañado, ni mucho menos; no me atrevería a eso en esta Cámara. Lo único que le he dicho es que no ha hablado usted de capítulos importantes de 64.000 millones de pesetas y, sin embargo, ha hablado de capítulos de un millón de pesetas. Pero en modo alguno puede interpretar usted así esta cuestión. Usted me ha creado una duda; si le pareció le llamo por la tarde, porque no me sé lo de Barbadid. En principio se dijo que iban a participar las Comunidades Autónomas y después no sé si el Ministerio ha conseguido los fondos que se iban a pedir a las Comunidades Autónomas; no lo sé. Desde luego, el Insalud participa con 500 millones de pesetas, esto es verdad. Si me lo permite, le aclararé esta cuestión. Por tanto, no tenga por pronunciadas mis palabras a este respecto mientras no forme una opinión definitiva.

Honradamente, me comprometí a estudiar lo de los donantes de sangre, pero si se ha rebajado la partida para los donantes de sangre en un millón de pesetas creo que usted debe ser más magnánimo en la crítica.

Si quiere también pido la comparecencia para hablar de los conciertos. Este fin de semana he tenido la oportunidad de leer sus discursos; he tenido la oportunidad de leer lo que decía en 1997-1998. Siempre hablamos de los conciertos y no es correcto. Le he dicho por qué subían los conciertos. La partida de los conciertos sube un 7,11 por ciento y le he explicado por qué: antirretrovirales. Para el sistema esto supone 13.000 millones de pesetas. ¿Es que no vamos a poner antirretrovirales a la población sectorizada de los hospitales concertados? ¿Usted sabe lo que supone la partida de antirretrovirales en los concertados? La hospitalización de psiquiatría de agudos. ¿Es que a los gobiernos de Castilla y León o de Aragón o de Murcia o de Madrid les vamos a decir que las unidades de psiquiatría de agudos las financie la Comunidad autónoma? Ampliaciones en materia de transporte sanitario. ¿Es que el transporte sanitario es un tema que beneficia a algunos sectores y que no beneficia a los usuarios? ¿Quién viaja en las ambulancias, señorita? En la cuestión del Ministerio de Defensa, yo creo que podemos facturar en torno a 500 millones de pesetas. Esto es histórico y si utilizamos convenientemente, peor de lo que nos gustaría pero mejor de lo que se venía haciendo, la red de hospitales del Ministerio de Defensa, ésta podría ser una buena noticia para el sector público sanitario. Por lo tanto, vuelvo a reiterar, señorita, que no es razonable, honradamente, hablar de conciertos; sino, hemos de comparar, vuelvo a insistir, el gasto real en conciertos de los ejercicios yéndonos a antes de la deuda. No hablaremos de antes de la deuda; vamos a tratarlo sólo a partir del acuerdo de financiación, vamos a ver el gasto real de conciertos de los años 1994, 1995 y 1996. Yo le anticipé que en el año 1996 teníamos una previsión de 3.000 millones.

Una vez más le preocupa a usted el programa de dirección y servicios generales, y yo me lo temía, por lo que le dije a la directora de presupuestos que me explicase convenientemente este programa, porque yo sabía que al señor

Corominas le iba a llamar la atención, de la misma forma que a mí, por qué sube un 30 por ciento. Y al final no sube un 30 por ciento, sino un 7 por ciento; pero a usted le preocupa por qué sigue subiendo ese 7 por ciento. Yo le reitero que en el Capítulo 1 todos son acuerdos sindicales. ¿Qué hacemos con el capítulo 1? ¿No lo subimos, no le damos posesión a los 40 inspectores médicos y farmacéuticos que hemos aprobado en la oferta pública de empleo anterior? El capítulo 2 es informática. Tengo la oportunidad, dado que a usted le interesa, de explicarle las cuestiones de informática en una comparecencia adicional. Por consiguiente, señoría, no sube este programa, sino que se trata de los compromisos previamente asumidos en el ámbito sindical y de las tecnologías de la informática.

Ustedes no han colaborado con la financiación selectiva del medicamento, porque no la ha decidido el Ministerio de Economía y Hacienda. La financiación selectiva la han decidido todos los representantes de las Comunidades Autónomas que han venido a ver el real decreto de financiación selectiva. Todos, insisto, han tenido a bien hacer ese real decreto que presentó el Ministerio de Sanidad, excluyendo determinados fármacos. Ese real decreto en todos y cada uno de los fármacos está consensuado. El único que no ha participado en el consenso es un servicio de salud, donde quedó demostrado que sus propios farmacéuticos consideraban que ese real decreto contenía medicamentos para síndromes menores o medicamentos de utilidad terapéutica baja. Así es como han colaborado ustedes, señoría, y permítame que se lo diga con una cierta acritud, porque realmente esto no es razonable. Los partidos nacionalistas tienen algunos problemas en la concepción del Estado, incluso algunos tienen sus propias visiones sobre la Constitución y los estatutos de autonomía. No se les ha ocurrido romper el sistema sanitario público no admitiendo la financiación selectiva del medicamento; no ha ocurrido con partidos que manejan presupuestos bastante más saneados del que dispone el servicio de salud, aunque se ha intentado romper el sistema sanitario público no admitiendo una lista, insisto, confeccionada por los farmacéuticos y por los responsables de las direcciones de farmacia.

Usted habla del Ministerio de Economía y Hacienda. Yo les felicitaba por su gasto farmacéutico en el año 1994. ¿Saben ustedes lo que han hecho con la disminución del gasto farmacéutico en el año 1994? Pasar en el sistema sanitario público de salud de 90.000 a 146.000 millones de pesetas. Ustedes han detraído unos 60.000 millones de pesetas más cada año porque sí mandaba el Ministerio de Economía y Hacienda, y se lo han detraído en los años 1994, 1995, 1996 y 1997, que es cuando lo hemos parado con medidas estructurales, que sí se han quedado en el sistema. Eso es lo que hacía el Ministerio de Economía y Hacienda en la anterior legislatura y lo que se hace en ésta es que los ahorros, desde la congelación salarial de 1997, pasando por el real decreto de márgenes de 1997 y todas las demás que se han producido y se producirán, se queden dentro del sistema sanitario. Vuelvo a insistir en que no es bueno confundir sobre estas cuestiones y ustedes tendrán la oportunidad de seguir haciendo decretos de financiación selectiva de medicamentos o, dicho de otra forma, actualización del vademecun de la misma forma que tendrá la

oportunidad de hacerlo este Gobierno mientras dure su mandato. Ustedes lo seguirán haciendo cuando les toque porque es razonable y no es impropio. Lo seguirán haciendo con consenso, como el que dio el ministro de Sanidad cuando era consejero de Sanidad de Galicia, que votó a favor del decreto de financiación selectiva. Era el único responsable, insisto, de estas cuestiones, y sí mostró su conformidad en el Consejo interterritorial.

Le preocupa a S. S. adónde va la ITE y la aportación de la industria. Yo se lo digo para que no le produzca a usted reparos. Señoría, esto va a ir a la farmacia, al capítulo 4, transferencias corrientes, farmacia, de la misma forma que fue el año pasado. Si conseguimos incrementar la inversión, mantener el gasto corriente y hacer más actividad, lo que vamos es a ir generando créditos en la farmacia que se atienden mes a mes, mientras que los otros ya se concretan en el contrato de gestión o se acreditan mediante los correspondientes contratos de adjudicación de obras. Lo hemos hecho en 1998 y lo vamos a hacer en 1999. Por lo tanto, no había agujero en el presupuesto de la farmacia en 1998 y no va a haber agujero en el presupuesto de la farmacia de 1999, toda vez que vamos a generar crédito por los importes de esas partidas. Es donde lo vamos a poner y ya le anticipo que queda controlada, al menos de alguna forma, esa previsión de gasto.

La farmacia hospitalaria crece porque —usted lo sabe— antirretrovirales, Interferón beta, medicamentos oncológicos, medicamentos antineoplásicos y medicamentos de la hipertensión pulmonar. Esto es. Además, ¿sabe por qué crece la farmacia? Porque se hace mucha más actividad; porque la cirugía mayor ambulatoria en 1995 fue de 35.000 y en 1998 vamos a cerrar con 100.000; porque estamos ya en un semestre con unas 12.000 intervenciones quirúrgicas más que en el mismo semestre del año pasado; porque la lista de espera ha disminuido en 50.000 personas la total y porque vamos a dejar de hacer ahora la lista de espera demás de seis meses. Por lo tanto, cuanto mayor actividad quirúrgica, cuanto mayor actividad ambulatoria, va a crecer más el presupuesto de la farmacia en los hospitales, por un incremento de actividad y por un incremento del gasto de estos medicamentos.

Respecto al sistema de financiación, estoy convencido que tiene que ser un buen sistema; si no, no lo apoyaría la totalidad de los servicios de salud que gestiona la sanidad en nuestro país, aunque solamente fuese por solidaridad. Si fuese un sistema insolidario, estoy convencido que no obtendría el visto bueno de la totalidad de los servicios de salud.

Menos mal, señoría, que ha leído el resumen de prensa, menos mal que ha leído usted la noticia, porque, como pudo comprobar, en ningún caso yo hablé de 1996. Dije que fue durante la década de los noventa. Eso es lo que acaba de leer usted literalmente. **(El señor Corominas i Busqueta pronuncia palabras que no se perciben.)** Yo le remito a la prensa que usted tiene ahí. Yo en ningún caso he mencionado el año 1996. Me remito a lo que usted acaba de leer en esta sala.

El descuento de las oficinas de farmacia no son 3 puntos son 3,8. Por lo tanto, casi es el doble del descuento por pronto pago al Consejo General del Colegio de Farmacéuticos. No es el 3; es el 3 más la repercusión del IVA, que es el 3,8. Insisto en que casi es el doble del descuento por

pronto pago al Consejo General del Colegio de Farmacéuticos. Además, señoría, lo importante es que este descuento también afectó a los usuarios; el anterior, no. El anterior afectaba indirectamente, por supuesto, pero afectaba directamente al sistema. Ahora cualquier ciudadano ve rebajado el precio de los medicamentos, por lo tanto, la aportación del 40 por ciento en el 3,8, porque lo que se rebaja es el precio, no es un descuento por pronto pago con la corporación farmacéutica.

Usted lo ha leído muy bien. Estamos invirtiendo mucho dinero en información y vamos a poder tener la lista de espera en tiempo real, cosa que no ocurría, como usted sabe, en 1996, ni en tiempo real ni en tiempo ficticio. No había un sistema de información conjunto y la lista de espera era aquella que proporcionaban las gerencias de atención especializada. Permítame que no haga ningún tipo de réplica a que: es posible que la lista de espera haya bajado porque tengan ustedes colapsadas las consultas externas y las pruebas diagnósticas. Insisto en que me lo tomo, como es natural, con ese buen humor que usted tiene siempre que habla de determinadas cuestiones. La lista de espera ha bajado porque se ha operado más y ahora estamos adquiriendo el compromiso de seguir bajando, no la lista de espera, sino las consultas y las pruebas diagnósticas.

En materia de cogeneración, señoría, las respuestas que hemos tenido ocasión de remitirles las tengo aquí y no coinciden los datos a los que usted se refiere con los que yo al menos he contestado. No sé lo que ha remitido el Ministerio o la Secretaria de Estado de Relaciones con las Cortes. Hablaba de que hay cinco hospitales que tienen cogeneración, Guadalajara, Valle del Nalón en Langreo, Marqués de Valdecilla en Santander, Central de Asturias en Oviedo y San Agustín de Avilés, y de que estamos trabajando en otros 16, que no le reiteraré porque entiendo que usted los tiene. Insisto en que el único inconveniente —entre comillas— que tenemos en este momento es saber cómo va a salir el precio de la prima y todas las especificaciones que ha de contener el real decreto que desarrolle la implantación de la cogeneración en los centros, sean públicos o privados.

Comprendo que usted no comparta una subvención para inversión o para cofinanciar una inversión en un centro que usted considera privado al cien por cien, así es que no tengo mucho que añadir, pero sí me gustaría hacerle al menos dos matizaciones. La primera es que este centro casi en su totalidad trabaja para el Insalud y no sería equitativo

que si el presupuesto de gasto corriente del Insalud se concreta en los capítulos 1 y 2 y el presupuesto de la inversión de los hospitales del Insalud se concreta en otro capítulo, a los concertados se les dé dinero para el gasto corriente y no haya ni una sola partida para la inversión. Esto se puede conseguir a través de incrementar el precio del concierto, es decir, incrementar el precio de los procesos, y a nosotros no nos parece que esto último sea una política transparente, sino que nos parece que es una política no transparente, y queremos aflorar lo que está dispuesta a hacer la fundación en materia de cofinanciación, porque si lo ponemos en conciertos, no tenemos ningún compromiso de que esto se aflore para mejorar la infraestructura de los miles de ciudadanos del Insalud que están yendo a la Fundación «Jiménez Díaz» a través del concierto.

Por último, me pregunta usted si estamos trabajando en un proyecto de ley y se refiere a un artículo en el que se contenían algunas declaraciones mías, y tengo que decirle que lo que dije en ese artículo y mantengo, porque me parece oportuno, es que tenemos una ley que ha conseguido un consenso muy importante, que es la Ley 15, que está pensada básicamente para las nuevas fórmulas de gestión, y es muy difícil trasplantar las figuras jurídicas que tienen cabida en la Ley 15 en los modelos tradicionales. Es muy difícil, porque la regla general para casi todas las figuras jurídicas, por no decir todas, que tienen cabida en la Ley 15 es que su personal sea laboral, mientras que la regla general en el Sistema Nacional de Salud es que el personal sea estatutario. Creemos que necesitaríamos una ley, que denominaríamos de autonomía hospitalaria, para mantener el régimen jurídico del personal estatutario y, sin embargo, dotar al hospital de las fórmulas de organización y gestión en lo que se refiere a la ejecución del capítulo 2, de gasto corriente, y a la ejecución del capítulo 6, de inversiones. A esto es a lo que me refería en el sentido de que la Ley 15 no va a dar solución a los hospitales tradicionales, porque su personal es estatutario, y nuestra opinión es que ese personal debe seguir siendo estatutario y no laboral.

Nada más, muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo.

Terminado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las tres y diez minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**. C/. Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: M. 12.580 - 1961