

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JOSÉ LUIS SAINZ GARCÍA

celebrada el martes, 17 de febrero de 1998

ORDEN DEL DÍA:

- Comparecencia del Secretario General de Asistencia Sanitaria y Presidente del INSALUD, Ilmo. Sr. D. Alberto Núñez Feijoo, a solicitud de los Grupos Parlamentarios Popular y Socialista, para exponer el Plan Estratégico del INSALUD (Núm. exp. 713/000513 y 713/000514).
- Dictaminar la Proposición de ley de ampliación del concepto de familia numerosa (Núm. exp. 624/000011).

Se abre la sesión a las once horas y diez minutos.

El señor PRESIDENTE: Señorías, se abre la sesión.
Ruego al señor Letrado que compruebe la asistencia de los señores Senadores.

Por el señor Letrado se procede a la comprobación de las señoras y de los señores Senadores presentes y representados.

El señor PRESIDENTE: Señorías, entramos en el punto primero del orden del día: Lectura y aprobación, si

procede, del acta de la sesión anterior, celebrada los pasados días.

¿Alguna observación al Acta? (*Pausa.*)
Queda aprobada.

- COMPARECENCIA DEL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD, A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS POPULAR Y SOCIALISTA, PARA EXPONER EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD (713/000513 y 713/000514).

El señor PRESIDENTE: A continuación, tiene lugar la sesión informativa, con la presencia del excelentísimo señor don Alberto Núñez Feijoo, Secretario General de Asistencia Sanitaria y Presidente del INSALUD, a solicitud de los Grupos Parlamentarios Popular y Socialista.

Como todos ustedes conocen, los sistemas sanitarios están experimentando en todos los países una profunda renovación institucional, existiendo un consenso generalizado en torno a la necesidad de introducir cambios en su concepción y diseño.

El INSALUD, como primer servicio de salud del Estado, al tener la responsabilidad de las asistencias sanitarias de un 78 por ciento de la población protegida, ha procedido a la realización de un plan estratégico donde se ha reanalizado la situación de partida y se han diseñado las estrategias más adecuadas para mejorar la organización y gestión de los servicios sanitarios.

Por ello, señor Núñez Feijoo, le agradezco su asistencia, ya que me consta lo apretado de su agenda, y que ha tenido que cancelar las diferentes sesiones que tenía para estar hoy con nosotros.

Le puedo decir, don Alberto, que ésta es una comisión de consenso, ésta es su casa, y todos valoramos lo que ha hecho y lo que va a hacer.

Al mismo tiempo, quiero darle las gracias por el contenido de la comparecencia, ya que la información de hoy es trascendental para la sanidad en España en este mismo momento.

El señor Núñez Feijoo tiene la palabra.

El señor SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD (Núñez Feijoo): Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, he de comenzar agradeciendo la sensibilidad que muestran ustedes por conocer qué es lo que creemos que debemos hacer para mantener nuestro Sistema Nacional de Salud, concretamente para mantener el primer servicio de salud del Estado, desde el punto de vista cuantitativo, que es el INSALUD. La sensibilidad que ustedes muestran, insisto, siempre es reconfortable para los que nos dedicamos a la organización y gestión de la sanidad pública de nuestro país.

Intentaré hacer una síntesis, lógicamente, de las estrategias que pretendemos se lleven a cabo en los próximos cuatro años en los servicios sanitarios que gestiona el INSALUD.

A modo de introducción, permítanme decirles lo que, en nuestra opinión, constituían los cuatro grandes retos con que se enfrentaba el Gobierno tras el cambio de alterancia política en mayo de 1996.

En primer lugar, entendemos que el Gobierno se enfrentaba con la necesidad de establecer un marco legal, seguro, estable y homogéneo para el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar algo en lo que todos estamos de acuerdo, que es la autonomía real de gestión a los centros sanitarios, introducida e iniciada ya por las Comunidades Autónomas.

El segundo gran reto, sin duda, era que el Parlamento estableciese un debate abierto y en profundidad, por primera vez desde la Democracia en nuestro país en el seno parlamentario, donde se recogiesen las conclusiones y recomendaciones para la reforma y la viabilidad del sistema sanitario.

El tercer reto constituía la necesidad de aprobación de un sistema de financiación para los próximos cuatro años; considerando que el vigente vencía el 31 de diciembre de 1997, era necesario establecer un sistema de financiación que garantizase la suficiencia financiera para los próximos cuatro años en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, el cuarto reto, ya enmarcado exclusivamente en el ámbito de las competencias de la Administración General del Estado, lo constituía un plan de prioridades, un plan estratégico para los servicios sanitarios que conforman el INSALUD, como servicio de salud que depende exclusivamente de la Administración General del Estado.

Respecto al primer reto, un nuevo escenario legal para todo el Sistema Nacional de Salud tiene lugar con la Ley 15/1997, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del INSALUD. Esta Ley goza de amplio respaldo parlamentario; todos los Grupos parlamentarios que gestionan la sanidad en los distintos servicios de salud de las Comunidades Autónomas tuvieron a bien votar esta Ley y establecer un mecanismo homogéneo, estable y fiable que aportase seguridad jurídica para todos los gestores sanitarios en nuestro país.

El segundo reto, que no era otro que el pronunciamiento del Parlamento en relación con la reforma y modernización del sistema sanitario en orden a garantizar la viabilidad futura, también tiene luz verde en el Pleno del Congreso de los Diputados, celebrado el 21 de diciembre de 1997, en el que por mayoría se aprueban este tipo de recomendaciones, insisto, para la reforma del Sistema Nacional de Salud y para garantizar su viabilidad futura.

En cuanto al tercer reto, sobre el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión de noviembre de 1997, logra que todos los servicios de salud del Estado, todas las Comunidades Autónomas que gestionan asistencia sanitaria en el Estado se pusieran de acuerdo para establecer un mecanismo de financiación para los próximos cuatro años, consiguiendo inyectar 381.000 millones de pesetas más que el presupuesto de 1997 ó 213.000 millones más sobre la prórroga del anterior modelo. Por lo tanto, constituye una inyección financiera y garantiza la viabilidad del sistema.

Por último, el cuarto reto lo constituía un Plan Estratégico del INSALUD. Como ustedes saben, un plan estratégico no es más que un ejercicio de ordenación de prioridades. Por tanto, ha de ser observado como un hecho natural que se justifica en sí mismo.

En la primera transparencia tienen ustedes lo que es hoy el INSALUD y, como ella indica, sigue siendo el primer servicio de salud del Estado. Se trata de un servicio de salud que da cobertura a algo más de 14 millones de ciudadanos, que supone el 38,18 por ciento de la población de

nuestro país, que cuenta con 82 hospitales propios, con más de 37.000 camas, con 95 centros de especialidades, casi 1.000 centros de salud, más de 1.000 equipos de atención primaria, que en él trabajan más de 133.000 sanitarios y que cuenta con una red de centros concertados con más de 20.000 camas.

El presupuesto del INSALUD también da origen a la propia estructura y dimensión del organismo. Se trata de un organismo que tiene un presupuesto para 1998 de algo más de un billón 400.000 millones de pesetas o, lo que es lo mismo, el 4,7 por ciento del total de los Presupuestos Generales del Estado. Por tanto, parecía razonable que el INSALUD fuera partícipe activo en los movimientos de reforma y modernización que se están llevando en nuestro país y en Europa. En consecuencia, era obligado fijar objetivos, concretar medidas necesarias para la mejora que consigan la mayor rentabilidad social de los recursos sanitarios públicos con que cuenta este organismo.

El Plan Estratégico es iniciado en agosto de 1996, a los tres meses de tomar posesión los responsables sanitarios después de la alternancia política, y concluye en abril de 1997. A pesar de que concluye en abril de 1997, éste no es presentado hasta hace unas semanas, concretamente en enero de 1998, y esto es así porque también parecía necesario que el INSALUD fuese respetuoso al máximo con la Subcomisión parlamentaria, con el Parlamento, al objeto de esperar sus conclusiones y recomendaciones, y sólo después de conocer las conclusiones y recomendaciones de la Subcomisión parlamentaria hacer la presentación pública de dicho trabajo. Así se hizo y, como decía, el Pleno del Congreso aprueba sus conclusiones el 21 de diciembre y el INSALUD presenta su Plan Estratégico el 23 de enero siguiente.

La estructura de dicho Plan cuenta con cuatro partes diferenciadas. En primer lugar, se hace un análisis de la situación —parece razonable no adoptar ninguna medida, no establecer ningún escenario sin hacer un diagnóstico de la situación pormenorizado en cada una de las áreas que toca este servicio sanitario—. Conocido el análisis de situación, se establecen los escenarios para el desarrollo de las líneas de modernización, para el desarrollo de las líneas estratégicas. Concretado este escenario, ya se explicitan las líneas estratégicas que han de desarrollar, líneas estratégicas que, como podemos ver a continuación, se recogen en 11 grandes grupos. Y, por último, se añaden a esta publicación anexos donde se contiene documentación e información importante.

En el primer anexo —se puede ver en la siguiente transparencia— se concreta el proceso de homologación de los centros sanitarios. Tratamos de concretar, explicitar y dar seguridad a cuál es el mecanismo que pueden utilizar los centros sanitarios para ir otorgándose personalidad jurídica propia, personificación jurídica conforme a la Ley aprobada en las Cámaras. También contiene información sobre las reformas sanitarias en Europa, sobre los movimientos de reforma iniciados en las Comunidades Autónomas; contiene íntegramente el texto del acuerdo de la Subcomisión parlamentaria al objeto de que todos los gestores de este sistema conozcan y hagan suyas las recomendacio-

nes del Parlamento; y, por último, contiene, como es razonable, una relación de personas que han participado en dicha elaboración. Han sido 120 expertos y profesionales del sistema sanitario, tanto del INSALUD como de las Comunidades Autónomas y tanto gestores actuales del INSALUD como gestores anteriores del INSALUD; nos parecía que para esto era preciso hacer las consultas necesarias con todos los que han tenido que ver con el INSALUD, con los que tienen que ver actualmente y también con los que están gestionando los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Si les parece, podemos comenzar con la primera parte del Plan, que es el diagnóstico de la situación, en donde se estudian los puntos fuertes y los puntos débiles que nos hemos encontrado cuando hemos hecho dicho diagnóstico.

En materia de organización hemos visto que uno de los puntos fuertes, sin duda, es que ya contábamos a 31 de diciembre de 1996 —que es la fecha en la que se cierra el análisis de situación— con un Real Decreto-Ley, el 10/1996, que da lugar después, mediante su tramitación como ley, a la Ley 15/1997; es decir, contábamos ya con un texto que sustentase las posibilidades de otorgamiento y personificación jurídica pública a los centros sanitarios.

Como puntos débiles, hemos de destacar que el INSALUD todavía se configura como una entidad gestora de la Seguridad Social. Así como los servicios de salud de las siete Comunidades Autónomas que gestionan sanidad son organismos autónomos de carácter administrativo o entes de derecho público sujetos a derecho privado, en el ámbito del INSALUD sigue siendo una entidad gestora de la Seguridad Social, con lo que esto conlleva de rigideces en su gestión. Falta una delimitación importante entre los responsables del INSALUD, entre los que, digamos, establecen qué es necesario que hagan los centros cada año —es decir, los que concretan la compra— y los que proveen la asistencia, es decir, los centros sanitarios tanto de atención primaria como de especializada. Hay una cierta descoordinación entre la planificación sanitaria del INSALUD y de las Comunidades Autónomas. Por una parte, como ustedes saben, las Comunidades Autónomas sin gestión en servicios sanitarios tienen competencias en materia de planificación y, sin embargo, es el INSALUD el que tiene las competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios, y a veces se producen solapamientos que es necesario mejorar. Y, por último, hemos visto que falta una estructura organizativa del INSALUD a nivel de Comunidad Autónoma; es decir, el INSALUD son 10 Comunidades Autónomas junto con Ceuta y Melilla y son esas Comunidades Autónomas las que en el futuro recibirán las competencias en materia sanitaria; por lo tanto, parece razonable que el INSALUD tenga una organización autonómica.

En materia de participación he de decirles que no hemos encontrado ningún punto fuerte; sí hemos encontrado puntos débiles. Creemos que hay una escasa representatividad del ciudadano y de los profesionales en todo lo que se refiere a la participación en los sectores sanitarios.

En cuanto al modelo de compra, hemos visto que los anteriores gestores habían hecho bien estableciendo e incorporando a la cultura organizativa el contrato-programa.

El contrato-programa partió de un buen diseño inicial, contribuyó a dotar de una mayor transparencia a la financiación, en definitiva fue una buena herramienta de trabajo. Sin embargo, como puntos débiles observamos que este contrato-programa no se firmaba entre partes independientes, sino que simplemente era un decálogo de objetivos porque carece de un sistema real de facturación; los hospitales no concretan realmente los procesos que hacen y no tienen un presupuesto en función de los procesos y de los pacientes que atienden.

Otro punto débil es que el INSALUD ha aplicado, respecto a los proveedores externos, una interpretación restrictiva de los principios de subsidiariedad y complementariedad previstos por la Ley General de Sanidad. Así, los conciertos se siguen realizando de forma centralizada, no han promovido la publicidad y la libre concurrencia y se basan en sistemas de pago en estancias y no procesos, como es razonable que así sea.

La atención primaria ha mejorado sustancialmente en nuestro país, hay una buena cartera de servicios y ha mejorado la accesibilidad. Sin embargo, como puntos débiles, creemos que la atención primaria no ha dado respuesta a la atención domiciliaria, no ha sido capaz de coordinarse con la atención especializada y no ha conseguido una mayor vinculación de los facultativos con sus centros. También como punto débil, consideramos que la libertad de la elección del usuario tiene muchas limitaciones y no existen incentivos económicos para el centro o el médico que resulta más elegido por parte de los pacientes. Y, por último, un grave problema en la atención primaria en nuestro país es el porcentaje de gasto farmacéutico. En el INSALUD el 22 por ciento de todo el presupuesto sanitario se dedica exclusivamente a abonar la factura farmacéutica; cuando en el resto de los países de Europa los entornos de gasto farmacéutico se mueven entre el 15 y el 18 por ciento, aquí tenemos 7 ó 5 puntos más que los entornos europeos.

Respecto a la atención especializada, también se han producido avances en los últimos años, avances significativos, en cuanto a herramientas de gestión, tanto en lo que se refiere a los sistemas de información como a la casuística como a la contabilidad analítica. Sin embargo, persisten problemas muy graves: falta una autonomía de gestión de los centros, los centros no tienen capacidad para vincular a su personal con los objetivos de su organización, las listas de espera en atención especializada son un problema muy grave que deslegitima al sistema y la libertad de elección del usuario está limitada a la elección de especialista dentro de su área de referencia, no existiendo posibilidad de elegir centro hospitalario.

En materia de urgencias y emergencias consideramos que el diseño que tenía el INSALUD en este aspecto es bueno y, así, las centrales de coordinación o 061 son un buen sistema. Pero el punto débil es que, siendo un buen sistema, de las 10 Comunidades Autónomas que tiene el INSALUD junto con Ceuta y Melilla solamente dos cuentan con esta central de coordinación 061.

En cuanto a la atención sociosanitaria, tampoco hemos encontrado puntos fuertes en nuestra organización y sí puntos débiles. Hay una ubicación inadecuada de los pa-

cientes sociosanitarios ocupando camas de agudos en buena parte de nuestros hospitales, no hay una definición clara de las competencias entre la atención sanitaria y la sociosanitaria de las distintas Administraciones Públicas y se ha detectado un escaso desarrollo de la coordinación dirigida a la atención sociosanitaria.

En relación con los recursos humanos, los puntos débiles que hemos detectado pasan, sin duda, por reconocer que existe una alta capacitación y cualificación profesional de nuestro personal médico y enfermería —creemos que la enfermería en nuestro país se puede comparar con ventaja con cualquier enfermería europea, al igual que la capacitación de los profesionales médicos—. No obstante, existe un sistema de selección rígido, centralizado, complejo y no hay un desarrollo efectivo de políticas de incentivación.

En materia de desarrollo directivo tampoco hemos encontrado ningún punto fuerte y sí muchos puntos débiles. La política de personal directivo del INSALUD no ha estado suficientemente definida, ha faltado una concreción de los perfiles profesionales de los puestos directivos, así como los criterios para el acceso a los mismos, y las retribuciones de estos directivos tienen un pequeño componente variable.

Sobre acreditación y calidad también se han producido mejoras continuas de calidad científico-técnica, manteniendo un alto nivel, sin duda. Pero como puntos débiles, el INSALUD no ha desarrollado auditorías internas dirigidas a los propios centros y a los centros concertados, no han existido mecanismos de acreditación en términos de calidad y la calidad no se ha visto como un concepto de gestión integral de la organización pública que es el INSALUD.

Respecto a sistemas de información, es verdad que en los últimos años han intentado mejorarse, pero tenemos unos sistemas de información francamente deficientes que nos han de preocupar al máximo, y esto porque falta un desarrollo corporativo de la información en nuestro INSALUD. Hay un desarrollo exclusivamente fragmentario, falta homogeneidad en los sistemas de información, no existe un sistema global corporativo de la red que una todos los centros de atención primaria y especializada de nuestra estructura, la dotación de tecnología informática es antigua, no se ha actualizado, no existen criterios uniformes en los planes de informatización, y les proporciono algún dato: el 50 por cien de los hospitales carece de cableado informático. Esto significa que el 50 por cien de los hospitales no puede tener ningún tipo de herramienta informática integral, y hemos visto que el Ministerio de Sanidad era el Ministerio con menor ratio de gasto informático sobre el gasto total que tenía. La media, en relación con el gasto total de cada ministerio en inversión informática, es el 1,6 frente al Ministerio de Sanidad, que la tenía en el 0,3.

Hasta aquí el diagnóstico de la situación, hasta aquí los puntos fuertes que debemos mantener en el futuro y que debemos potenciar, y las debilidades que hemos observado en el sistema con las cuales hemos de trabajar al objeto de mejorarlas.

Una vez conocido este diagnóstico, hemos establecido cuáles son los principios del escenario en el que nos hemos de mover, cuáles son los principios en los que hemos de plantear la modernización de los servicios sanitarios.

El primer principio es el que se refiere a la creación de un sistema de competencia regulada. ¿Qué se entiende por sistema de competencia regulada? En nuestra opinión, existen tres razones que impiden claramente la configuración de la provisión sanitaria bajo los principios de libre mercado. Creemos que la provisión sanitaria no se puede hacer de acuerdo, exclusivamente, con los principios de libre mercado por tres razones. En primer lugar, por las peculiaridades propias del bien sobre el que estamos trabajando, que no es otro que el bien salud. En segundo lugar, por la propia evolución histórica de nuestro sistema sanitario. Cuando se crea por primera vez en nuestro país el seguro obligatorio de enfermedad en 1942, se adopta la decisión de incluir dentro del sector público la provisión de los servicios sanitarios. Y, en tercer lugar, y como consecuencia de esto, por la naturaleza mayoritariamente pública de nuestros centros. Más del 90 por cien de los hospitales en nuestro país pertenecen al sector público y su titularidad corresponde a la Administración Pública, ya sea central, ya sea autonómica, ya sea local.

Si bien no creemos en un mercado de competencia libre, esto no quiere decir que no sea imprescindible aligerar la fuerte regulación administrativa que encorseta el sistema, al objeto de sustituir la conceptualización de centro sanitario igual a oficina administrativa, que no lo es, y sí centro sanitario igual a un organismo público proveedor de servicios sanitarios. Estos centros públicos proveedores de servicios sanitarios han de competir dentro de un sistema, insisto, de competencia regulada, donde no se compita por conseguir mayor gasto o mayor ahorro, y sí por la calidad, por hacer más actividad y por rentabilizar mejor los recursos sanitarios públicos.

El segundo escenario es el del horizonte transferencial. Tenemos que ser conscientes de que los servicios que gestionamos están abocados a ser transferidos a las Comunidades Autónomas y hemos de trabajar con este horizonte. El INSALUD ha de tener siempre presente que gestiona servicios abocados a ser entregados a sus propietarios legítimos, que son las Comunidades Autónomas.

El tercer escenario es el de la coordinación y homogeneización del sistema. Todos estamos de acuerdo en que el sistema tiene cuatro agentes distintos: el financiador, el comprador de servicios, los centros proveedores, es decir, los hospitales y los centros de salud, y los usuarios. Por lo tanto, hemos de garantizar que este sistema sea homogéneo y que esté coordinado, y para esto hemos de asumir, desde los servicios centrales del INSALUD, una serie de funciones.

En primer lugar, respecto a la función corporativa, a los servicios centrales les corresponden las competencias en materia de planificación estratégica, es decir, cuáles son las líneas de planificación que va a tener toda la red; establecer la política de calidad total, es decir, las orientaciones que deben seguir los centros sanitarios en un proceso evaluable de mejora continua; y también las políticas en

materia de acreditación, de homologación y de sistemas de información,

En segundo lugar, en materia de compra les corresponde garantizar que la compra de los servicios sanitarios en todos los territorios del INSALUD responda a los siguientes principios: equidad en el acceso —en todos los territorios la población ha de tener equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias—, asegurar la cobertura de las prestaciones del sistema en el territorio, garantizar al máximo la libre elección de los usuarios y la calidad en la prestación. Por eso, deben diseñar el contrato de gestión que han de utilizar todos los hospitales y todos los centros de salud. Asimismo, les corresponde coordinar la provisión. Si partimos de que el nuevo escenario es un escenario de competencia regulada dentro del sector público, si partimos de que los centros irán teniendo paulatinamente personalidad jurídica propia, es necesario que tengan políticas comunes en materia de recursos humanos, en materia de política de directivos, en materia de renovación y adecuación de centros de alta tecnología, de inversiones, en materia de control y seguimiento presupuestario, en definitiva, políticas comunes para mantener la uniformidad de red.

Otro de los escenarios es el de la asignación de responsabilidades. Es un organismo, insisto, complejo, donde hay multiplicidad de agentes y es necesario concretar la responsabilidad de cada uno. Los agentes de compra son, sin duda, las direcciones territoriales y las direcciones provinciales del INSALUD. La compra se ha de articular, en primer lugar, entre los servicios centrales y las direcciones territoriales. Existirá una dirección territorial por cada Comunidad Autónoma además de la que existirá en Ceuta y Melilla. Por lo tanto, los servicios centrales pactarán con cada dirección territorial —en Valladolid para Castilla y León, o en Zaragoza para Aragón, o en Toledo para Castilla-La Mancha, o en Badajoz para Extremadura, y así sucesivamente— el presupuesto que le corresponde a cada Comunidad Autónoma en función del sistema de financiación que esté aprobado para cada momento. Las direcciones territoriales transmitirán a las direcciones provinciales el presupuesto en función de los centros de atención especializada y de primaria que tengan en cada provincia, y los directores provinciales pactarán con los hospitales y con las gerencias de atención primaria el contrato de gestión para cada año y concretarán la actividad y el presupuesto por centro de atención especializada o de primaria.

Hemos de hablar también de los proveedores, que no son más que los centros públicos que dan asistencia sanitaria, ya sean de atención primaria o atención especializada. Estos proveedores necesitan autonomía para poder actuar en este escenario de competencia regulada y esta autonomía se dará a través de un proceso de homologación transparente, claro, seguro y que se concreta como anexo en el plan estratégico.

El último gran marco se refiere a los contratos de gestión asistencial. Ya he concretado qué es lo que han de hacer los centros. Hemos dicho qué van a hacer los servicios centrales, qué van a hacer las direcciones territoriales, qué van a hacer las direcciones provinciales, y ahora vamos a

decir qué van a hacer los centros de atención primaria y especializada. Estos centros estarán unidos con las direcciones provinciales mediante los contratos de gestión —antes denominados contratos-programa—, y en atención primaria hemos de pasar de un modelo de presupuestación histórico a un modelo de presupuestación basado en el número de habitantes que atiende ese centro de atención primaria —por lo tanto, modelo capitativo— y en el grado de desarrollo de la cartera de servicios que tiene ese centro. Los centros que tengan atención domiciliaria tendrán un presupuesto mayor y los centros que tengan mayores servicios tendrán, lógicamente, un mayor respaldo financiero. En atención especializada también hemos de abandonar el presupuesto histórico para ir buscando un presupuesto que respete la estructura del centro. Sabemos que hay hospitales que por sus deficiencias arquitectónicas y físicas no pueden competir con otros hospitales, donde el bloque quirúrgico y los servicios centrales están estructurados y centralizados; por lo tanto, debemos tener en cuenta la estructura del centro, pero también lo que hace cada centro, es decir, la tarifa por producto y los indicadores de calidad.

Una vez diseñado el escenario donde nos movemos y conocido el diagnóstico de la situación, pasamos, si les parece, a concretar ya de una forma explícita las líneas estratégicas en las que nos obligamos a trabajar.

Las líneas estratégicas se concretan en once, y responden al objeto social de esta aseguradora pública, que no es otro que dar asistencia sanitaria. Por lo tanto, son líneas estratégicas conocidas por todos: la atención primaria, la especializada, las urgencias, la atención sociosanitaria, recursos humanos, el desarrollo directivo, los proveedores externos, la garantía de calidad, los sistemas de información y la prestación farmacéutica.

Cada una de estas líneas estratégicas tiene una serie de acciones, que en total suman 47. Estas acciones tendrán un plan específico para el desarrollo e implementación en el tiempo, así como un responsable que se dedique a su desarrollo. Por lo tanto, se trata de once líneas estratégicas y 47 actuaciones específicas. Algunas de ellas, como veremos a continuación, ya las hemos ido incluyendo en el contrato de gestión de los centros en 1997 y en el que estamos pactando para 1998.

Empezaremos por la primera línea, que es la que hace referencia al escenario transferencial. En esta línea estratégica existen dos líneas de actuación. La primera de ellas es la creación de las direcciones territoriales. Estimamos —vuelvo a insistir— que el INSALUD es la suma de diez servicios de salud —porque son diez las Comunidades Autónomas que gestiona, junto con Ceuta y Melilla—. Por lo tanto habrá una dirección territorial en cada una de estas Comunidades Autónomas al objeto de coordinar todos los servicios del organismo en ese ámbito territorial.

La segunda línea es la que se refiere a los agentes de compra. Serán las direcciones territoriales y provinciales las que se encargarán de establecer los pactos y los contratos de gestión con los centros asistenciales y de primaria de su ámbito provincial o territorial. Hasta la fecha, cuando se pactaban con los distintos hospitales los contratos de gestión de cada año, eran llamados al INSALUD por orden al-

fabético; es decir, Zaragoza y Zamora venían juntos y la Comunidad Autónoma de Aragón no tiene nada que ver con la de Castilla y León para pactar los contratos de gestión como se venía haciendo hasta la fecha. En este momento, como es natural, los centros vienen agrupados por Comunidades Autónomas, por Direcciones Territoriales.

En materia de atención primaria, hemos de llegar al convencimiento de que es la puerta de entrada al sistema y, por lo tanto, ha de despejar al máximo posible los problemas y las deficiencias sanitarias en las que se vean abocados los ciudadanos y no trasladar miméticamente los problemas a los hospitales. De ahí la necesidad de ampliar la capacidad resolutive en la atención primaria.

Las líneas que pretendemos implementar son seis. La primera es profundizar en la autonomía de los equipos de atención primaria. Estamos convencidos de que debemos dar la autonomía de gestión a los equipos de atención primaria. No solamente es necesario pactar un contrato de gestión con la Gerencia de primaria, sino que ésta está obligada a concretar los contratos de gestión con cada unidad o con cada equipo de atención primaria, y estos contratos han de incluir presupuestos ligados al número de usuarios que atiende cada equipo, presupuestos ligados a la cartera de servicios que da cada centro de salud, presupuestos indicativos de farmacia y otros consumos, e indicadores de la calidad en la prestación.

La segunda es flexibilizar y optimizar el horario de trabajo de cada médico. Hemos de concretar tiempos mínimos de consulta por paciente, tiempos máximos de espera para entrar en consulta, así como posibilitar a los usuarios una mayor accesibilidad en horario de mañana y tarde, abriendo cada vez más consultas por la tarde en función de las necesidades que planteen cuando acudan a los centros de salud.

La tercera es el ajuste en los modelos retributivos de los facultativos. Estimamos que deben estar retribuidos cada vez más no solamente por su calidad de facultativos, sino también en función del número de pacientes que atienden. Por ello es necesario buscar un porcentaje de las retribuciones teniendo en cuenta los pacientes que atienden y otro ligado a incentivos relacionados con la cartera de servicios y con los cumplimientos presupuestarios a los que me he referido anteriormente.

La cuarta se refiere al papel de la enfermería en la atención primaria. Consideramos que la enfermería ha de tener un peso asistencial cada vez más cualitativo; ha de reafirmar su protagonismo en la atención domiciliaria y en la coordinación de los dispositivos sociosanitarios; es decir, confiar más en la enfermería para solucionar los problemas asistenciales para los que está formada y menos para resolver los problemas burocráticos.

La quinta está en relación con los equipos de atención primaria como compradores de ciertos servicios. Sin duda, el otorgamiento de personalidad jurídica a los equipos de atención primaria posibilita la implicación directa en la gestión de los recursos que consumen estos equipos y que derivan a la atención especializada. Si confiamos en los médicos de atención primaria, ellos se sentirán más estimulados para aumentar su capacidad resolutive y más

comprometidos con la sanidad pública. Por ello, a los equipos que lo soliciten les daremos capacidad para gestionar y monotorizar los consumos en materia de pruebas de radiología, pruebas analíticas y de laboratorio y en consultas externas de especialistas; es decir, vamos a dar a los equipos más responsabilidad en las pruebas analíticas y en las radiologías que pidan a los hospitales. Consistirá exclusivamente en darles información de las pruebas que están pidiendo e información comparada con la que solicitan otros equipos de atención primaria de ese área o de áreas similares.

La última línea de atención primaria es la que se refiere a las sociedades médicas o cooperativas de profesionales. Creemos que en un sistema de autonomía el último eslabón puede ser el otorgamiento de personalidad jurídica a esos equipos de atención primaria. Consideramos que los equipos de atención primaria más comprometidos con la Sanidad estarán en disposición de solicitar voluntariamente el otorgamiento de personalidad jurídica al objeto de tener un mayor protagonismo en el manejo de los recursos y en las decisiones que afectan a ese ámbito.

En el supuesto, insisto, de que hubiera algún tipo de excedente generado en la gestión de esos equipos, necesariamente había que dedicarlo, en primer lugar, a mayor equipamiento del centro de sanitario; en segundo lugar, a mayor formación continuada de los miembros del equipo; en tercer lugar, para comodidades adicionales de los centros; y sólo en último lugar —insisto—, para una mayor incentivación económica de los profesionales. Debo hacer hincapié en que es un planteamiento optativo por parte de los equipos de atención primaria constituirse en estas cooperativas a las que me he referido.

En materia de atención especializada nos hemos planteado diez líneas de actuación. La primera es la que hace referencia a las nuevas fórmulas de gestión en hospitales: en primer lugar, la dotación de personalidad jurídica a los centros, conforme a la Ley 15/1997; en segundo lugar, la elaboración de un plan estratégico en cada hospital. No podemos otorgar personalidad jurídica pública a un centro sin que haga un análisis de la situación del propio hospital y sin que elabore su propio plan estratégico que, como ustedes saben, en estos momentos todos los hospitales del INSALUD están comprometidos a elaborar.

Otra línea se refiere a la orientación de los hospitales hacia el paciente. Debemos considerar al paciente como eje vertebrador de toda la actuación en materia de hospitales. Hemos de buscar la coordinación de pruebas especiales, la elaboración de un plan de acogida de pacientes hospitalizados, la mejora de los aspectos hoteleros de los hospitales, la mejora de la información, el impulso de las modalidades sin ingreso y la atención domiciliaria en coordinación con la atención primaria.

Otra de las líneas es el nuevo contrato de gestión que sustituye a los contratos-programa; contrato de gestión que se ha de basar, como decíamos, en la estructura del centro, en las tarifas en función de las herramientas que se fijen y en los indicadores de calidad de cada centro.

Otro aspecto es potenciar la participación de los profesionales en las decisiones hospitalarias. Se pretende que el

contrato de gestión del centro sea la suma de los contratos de gestión con cada servicio hospitalario. En estos contratos con cada servicio se han de concretar la cartera de servicios del propio servicio hospitalario, los objetivos de actividad, los objetivos de gasto, los objetivos de lista de espera y demora media, la actividad docente, los indicadores de calidad, los incentivos ligados al cumplimiento del contrato; en definitiva, los compromisos del servicio con ese hospital y con la ciudadanía para cada ejercicio. Asimismo, se han de potenciar los sistemas de información a la atención especializada, como veremos más detalladamente en la exposición siguiente.

Otra de las líneas —sin duda fundamental para los usuarios y que repercute directamente en la asistencia— son las actuaciones permanentes sobre las listas de espera. Hemos dicho que no creíamos en los planes de choque, ni en actuaciones concretas y puntuales, y que los compromisos han de ser permanentes al objeto de minorar los tiempos de demora máxima y los tiempos de demora media en acceder a los servicios sanitarios. Con ese fin, hemos de concretar los criterios uniformes para la inclusión en las listas de espera, hemos de incentivar la capacidad resolutoria en la atención primaria, intentando que se haga cirugía menor —como se ha empezado a realizar en 1997, año en el que se han hecho más de 5.000 pequeñas intervenciones en los centros de salud—; vamos a garantizar a los usuarios tiempos máximos de espera. Insisto, somos una aseguradora pública y, como tal, los que pagan la póliza deben tener claro cuáles son los tiempos máximos en que estamos dispuestos a intervenirles y, en su defecto, a remitirles a otro centro público concertado.

Otro de nuestros compromisos es la creación de consejos de gobierno en los hospitales con gestión directa. Una vez elaborado el Plan Estratégico de cada hospital hemos de buscar una fórmula de integración de la sociedad civil dentro de la participación y del gobierno de los hospitales.

Por último, hay que cambiar el Reglamento 521, de Estructura y Organización. Estimamos que ha de ser modificado, manteniendo una estructura más amplia y en un nuevo marco, al objeto de que cada hospital pueda, en ese marco nuevo, establecer su propia organización interna.

En cuanto a recursos humanos, sin duda, es necesario un análisis de las necesidades reales de la plantilla, de las necesidades reales de las especialidades en cada hospital y también de las necesidades en materia de inversión, tanto de obra nueva como de reposición, y de tecnología. Por tanto, los hospitales han de hacer planificaciones a corto y medio plazo para tener siempre actualizada su plantilla y sus recursos de inversión y tecnológicos.

Pasamos a la urgencia y a la emergencia. Con estas tres líneas nos proponemos dotar a las diez Comunidades Autónomas del INSALUD de un centro coordinador de urgencias y emergencias 061. Es manifiestamente insuficiente y nada equitativo que sólo Madrid y Baleares tengan este sistema, en relación con las otras ocho Comunidades Autónomas junto con las ciudades de Ceuta y Melilla.

En materia de atención sociosanitaria hay dos líneas. Hemos de apostar claramente por la coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales para que la

atención primaria sea la protagonista en la coordinación sociosanitaria. Deben ser los centros de salud, la enfermería y el personal facultativo los que estén más directamente relacionados con las personas ingresadas en residencias o en centros sociosanitarios.

La sexta línea la constituyen los recursos humanos, y aquí proponemos seis actuaciones: en primer lugar, buscar una mayor vinculación directa del personal al centro —sin que esto signifique que el personal pierda alguna relación con el Sistema Nacional de Salud— y no una relación exclusiva del personal al sistema. Conseguir una descentralización de la selección del personal, de manera que los centros sanitarios tengan más competencias de decisión, sin que esto signifique caer en ninguna endogamia de selección interna del propio personal. Desarrollar una carrera profesional por centro en armonía con la que se desarrolle por el Sistema Nacional de Salud. Reforzar el papel central del profesional en la organización. Potenciar y protocolizar los incentivos en las retribuciones, hemos de ganar credibilidad en el reparto de la incentivación. Y facilitar a aquellos profesionales que quieran pasarse a los hospitales nuevos que nazcan con personificación jurídica pública la excedencia especial en activo, como ya se les facilitó en la Ley de Presupuestos del pasado año.

En materia de desarrollo directivo —séptima línea de actuación— hemos de buscar una definición mayor de los tipos de directivos que precisan las instituciones, definiendo las funciones principales y los perfiles básicos para cada puesto. Hemos de comprometernos en la acreditación del directivo para acreditarle previamente y reconocer sus capacidades y actitudes directivas. Hay que establecer una política de incentivos presidida por la responsabilidad y los riesgos del puesto de trabajo, así como la creación de un sistema de evaluación para los directivos que son clave en la organización y gestión de los servicios. Y, por último, debemos implementar una política de formación permanente del personal directivo que trabaje en nuestras instituciones.

La octava línea se refiere a los proveedores externos. Creemos que este sector se dirige a potenciar su participación en el sector público sin alterar la equidad básica del sistema y sin que esta incorporación suponga un menoscabo para el sector sanitario público, sino todo lo contrario, un estímulo para la eficiencia. Por lo tanto, es necesaria la creación de una comisión de información donde mantengamos nuestra información transparente, con las más de 20.000 camas que el INSALUD tiene concertadas, al objeto de que se diga exactamente qué inversiones va a hacer el sistema público en un territorio y avisar a los proveedores externos de que no hagan esa inversión porque ya la ha decidido hacer previamente el sector público. Se trata de una comisión abierta donde el INSALUD diga lo que cree que se debe hacer con el fin de mantener el equilibrio entre las partes.

Creemos que los proveedores externos se deben incluir en el sistema de competencia regulada. Consideramos que estas clínicas concertadas han de tener también en el futuro un contrato de gestión, de la misma forma que lo tienen los centros públicos, para saber qué han de hacer durante ese

año y, sobre todo, con el fin de saber que el sector público cuenta con el apoyo de una clínica para mejorar sus ratios, su infraestructura y sus resultados, y ello de forma estable y permanente y no a través de picos o de programas de choque a los que me referí anteriormente.

Asimismo, se deben externalizar aquellos servicios para los cuales el sector sanitario no está preparado. Nuestro objeto social, insisto, es la asistencia sanitaria, por lo que hay servicios en los que la iniciativa privada está mejor preparada para darlos, como son los de seguridad, los de mantenimiento, los de «catering», es decir, todos aquellos servicios que no afecten directamente al objeto social de nuestra organización, que es la asistencia sanitaria. Por último, se pueden buscar alianzas puntuales para prestaciones sanitarias en determinados territorios o en determinados momentos en los cuales el sector público no haría una inversión justificada desde el punto de vista social si actuase en ese territorio.

La novena línea es sobre las garantías de calidad. Aquí creemos que debemos apostar muy claramente por la calidad de nuestros servicios sanitarios al objeto de mantener su legitimación social. Así, hemos de aprobar y difundir la carta de derechos de los pacientes. Ha de quedar claro y por escrito cuáles son los derechos que tiene un paciente, ante quién puede acudir para hacer valer esos derechos y cuáles son los mecanismos que un paciente puede iniciar para defender sus intereses.

Se debe establecer también un sistema de calidad total en los centros. Hasta ahora nos hemos fijado exclusivamente en la calidad científico-técnica y nos parece que hemos de buscar una calidad integral de la organización. Tenemos que conseguir que el paciente, cuando llegue a un hospital, no solamente tenga la seguridad de que será bien atendido, sino que también será bien acogido, que tendrá unas relaciones de información permanentes con los facultativos y el personal sanitario que le atiende, que tendrá una mejoría en sus aspectos hoteleros y en sus aspectos familiares desde el punto de vista de los acompañantes.

En definitiva, como organización que somos, hemos de conseguir una calidad integral y, como es natural, hemos de potenciar la calidad científico-técnica. Tenemos que auditar a los hospitales en términos de calidad; buscar qué hospitales son los que mejor hacen las cosas, los que tienen menor índice de infecciones, menores índices de mortalidad, menores reclamaciones; en definitiva, qué hospitales y qué servicios son los que mejor están valorados por los auditores y por los usuarios.

Por último, en sistemas de información se ha de crear una unidad central. No es razonable lo que ocurrió en mayo de 1996, cuando el INSALUD no sabía las listas de espera que tenían sus centros porque no había un sistema central de información que fuera fiable y porque esta lista de espera era cautiva de la gerencia de cada hospital. Hemos de transparentar esa información y saber perfectamente cuáles son las listas de espera desde enero hasta diciembre. También debemos crear un sistema de información integrado al objeto de buscar sistemas aplicativos homogéneos, máquinas susceptibles de utilización indistinta por los hospitales, red corporativa única, etcétera.

La última línea es la que se refiere a la prestación farmacéutica, tan de moda en estos días. La prestación farmacéutica en el Plan estratégico se plantea en dos líneas de actuación: en la apuesta por la mejora continua de calidad en la prestación farmacéutica y en el uso racional de los medicamentos. Para esto estamos dispuestos a seguir elaborando, como se venía haciendo desde hace algún tiempo, guías farmacoterapéuticas, boletines de medicamentos, etcétera. Hemos de incidir en algo que no se hacía y que debemos hacer con más intensidad, como es pactar los protocolos terapéuticos, pactar los medicamentos que se han de utilizar para cada patología, informar al facultativo de lo que dispensa a través de la receta y conocer el consumo de los usuarios como herramienta para el propio usuario y para el propio facultativo que dispensa y que receta los fármacos a cada uno de los usuarios que acuden a su consulta.

En materia de control de gasto farmacéutico, apostamos por presupuestos indicativos por médico y por presupuestos indicativos por equipo de atención primaria. Insisto en que esto nada tiene que ver con la libertad de prescripción y sí mucho que ver con el compromiso y con el mantenimiento del sistema sanitario de nuestro país. Lo único que se pretende es pactar con los facultativos ese presupuesto indicativo por facultativo y por equipo. Y también, un vez que se ha dado el paso imprescindible en nuestro país de acometer los cambios legislativos necesarios para poder hablar de medicamentos genéricos y de precios de referencia, trasladar a la organización el compromiso de la dispensación de medicamentos genéricos y de ir argumentando y concretando estos precios de referencia.

Hasta aquí el Plan estratégico recogido en el libro azul del INSALUD. Después de la elaboración de este Plan estratégico en el que, insisto, han participado más de 120 expertos, el paso siguiente, sin duda, es el de solicitar formalmente a los agentes y a los interlocutores sociales sus opiniones y sus propuestas. Y estamos pidiendo que lo revisen, que se analice y que se reflexione, y, sobre todo, que, con sus aportaciones, con sus críticas y sus alegaciones, nos ayuden a todos a acertar. Y acertar será, sin duda, adoptar las decisiones necesarias para garantizar el mantenimiento de nuestro sistema de salud durante los próximos cincuenta años.

Y si esto es el Plan estratégico y las líneas de actuación, a continuación, aun sabiendo que estoy abusando de su paciencia, me voy a permitir concretarles no solamente el qué debemos de hacer, no solamente el cómo debemos de hacerlo, sino también cuándo estamos dispuestos a desarrollar todas las cuestiones a las que me acabo de referir. Y así, aunque no forma parte del Plan estratégico, lógicamente, vamos a concretar cuáles son los objetivos, cuáles son las acciones que vamos a acometer en los próximos cuatro años. Intentaré hacerlo muy brevemente, para no abusar de su confianza.

En materia de nuevas fórmulas de gestión y en materia legislativa y organizativa nos proponemos lo siguiente: En 1998 presentaremos el reglamento que desarrolla la Ley 15/1997; presentaremos un nuevo Real Decreto de estructura y organización de hospitales que sustituya al 521 y

propiciaremos un proceso de transformación hacia la autonomía real de gestión. Vamos —y ya tenemos propuestas— a invitar a los hospitales a que constituyan agrupaciones de servicios —lo que se denomina institutos clínicos— al objeto de que las áreas de corazón, radiología, traumatológicas, de laboratorios y de servicios centrales se agrupen entre sí para dar una mayor eficiencia en la gestión de los servicios. Igualmente, vamos a proponer separar la investigación de la asistencia a través de la constitución de fundaciones de investigación, que concreten bien cuál es el presupuesto y cuáles los recursos que detrae el hospital para la investigación, distinguiéndolo de los recursos de la asistencia. También en 1998 —como decía— se elaborará un Plan estratégico por cada uno de los hospitales. Entre 1999 y el 2001 nos obligamos a que todos los hospitales en construcción —siempre que no se trate exclusivamente de traslados de edificios— se abran con personificación jurídica pública. Por tanto, además de Alcorcón y Manacor, a aquellos hospitales que estamos construyendo en estos momentos también se les otorgará personificación jurídica pública. Por último, entre 1998 y el año 2001 intentaremos que paulatinamente —sin prisas— vayan pasando a personificación jurídica los centros con gestión tradicional, es decir, aquellos centros creados hace tiempo y que siguen comportándose como centros sin personificación jurídica.

En materia de tecnologías de la información, desde luego, creo que nuestros compromisos son ambiciosos. En el presente año implantaremos una red corporativa de comunicaciones que una toda la atención primaria, hospitales y direcciones provinciales, una red corporativa propia del INSALUD, donde haya comunicación vía correo electrónico, servicios de transmisión de información, videoconferencias y donde el sector sanitario pueda hacer transmisión de imágenes de calidad diagnóstica o telemedicina; eso sí, permitiendo que en el momento de la transferencia se desgañe esa red corporativa y se entregue a cada una de las Comunidades Autónomas su propia red informática.

Entre 1998 y el 2001 vamos a informatizar el cien por cien de los hospitales, es decir, los 82 hospitales que tenemos, lo que significa informatizar la gestión de pacientes, es decir, la admisión, la lista de espera, las urgencias, los archivos de historias clínicas y las consultas externas, informatizar los recursos humanos, es decir, la gestión de personal, de turnos y de nóminas, informatizar la gestión económica, los suministros, las compras, la contabilidad general y presupuestaria, la facturación y el mantenimiento e inventarios, e informatizar el área departamental: la radiología, los quirófanos, la anatomía patológica, farmacia, biopsia, etcétera. Asimismo, durante estos cuatro años vamos a informatizar también el 50 por ciento de los más de mil centros de salud con los que cuenta el organismo, informatización que tendrá en cuenta la cita previa, los archivos de historias clínicas, la prescripción farmacéutica, el control de la incapacidad temporal y la gestión de consultas.

En materia de atención primaria, también los compromisos se concretan en anualidades. En 1998 se cubrirá el cien por cien del territorio con la cobertura de puntos de

atención continuada, es decir, aquellos centros de salud que permanecen abiertos las 24 horas del día, al objeto de que cualquier ciudadano pueda acudir durante cualquier hora a dicho centro de salud más próximo a su domicilio cuando tenga un problema banal y no sea imprescindible la atención en urgencia hospitalaria.

Entre 1998 y el 2000 nos comprometemos a finalizar el modelo de atención primaria. El cien por cien del territorio estará cubierto por equipos de atención primaria y entre 1998 y el 2001 seguiremos con nuestros planteamientos de incremento a la cartera de servicios en atención primaria, pediatría de área, atención domiciliaria, cuidados paliativos y cirugía menor en los centros de salud.

En atención especializada, los compromisos con los usuarios también intentan concretarse. En primer lugar, vamos a seguir disminuyendo los tiempos quirúrgicos. En 1998, tenemos unos compromisos más ambiciosos, lógicamente, que los que ya ha conseguido la red en los dos años anteriores. Así, la demora máxima, que estaba en 1996, como ustedes saben, en dos y tres años en algunos territorios, llegará a seis meses en todo el territorio del INSALUD. Y la demora media, que estaba en siete meses, ha de bajar a 80 días, la cual en estos momentos la tenemos en 98 días, es decir, en tres meses y 8 días, y en diciembre de 1998 ha de ser de 80 días. Asimismo, a final de la Legislatura hemos de colocarla en 60 días. Si somos capaces de que el sector sanitario público del INSALUD responda al reto de bajar de siete a dos meses en tres años y medio o cuatro años, la verdad es que habremos hecho un buen servicio por el mantenimiento del sistema sanitario en nuestro país.

También entre 1998 y 1999 vamos a extender a todo el territorio del INSALUD lo que denominamos el seguro suco, o, lo que es lo mismo, el seguro en determinadas patologías garantizando tiempos máximos de espera. Pero también —y ustedes se han hecho eco de ello en muchas ocasiones— hay compromisos con las consultas externas y las pruebas diagnósticas. Una vez que se ha intentado controlar —y controlado— la lista de espera quirúrgica, es necesario hacer apuestas por la consulta externa y la prueba diagnóstica. Y así, en 1998, nos comprometemos a la disminución de la demora máxima en consultas externas a cuatro meses, a reducir en un 25 por ciento los tiempos de demora media y a garantizar demoras máximas de tres meses en pruebas diagnósticas, TACs y resonancias, pruebas de extraordinaria complejidad, respecto de las que vamos a actuar en una experiencia piloto en dos Comunidades Autónomas y en un área de Madrid, al objeto, si somos capaces de cumplir este compromiso, de ir extendiéndolo paulatinamente durante el resto de la Legislatura a las Comunidades Autónomas.

Igualmente, vamos a potenciar las alternativas a la hospitalización. En cirugía mayor ambulatoria, se incrementará en un 20 por ciento. En intervenciones en 1998 se incluirán seis nuevos procedimientos, con lo que serán ya 25. En cuidados paliativos, en 1998 habrá diez nuevas unidades de cuidados paliativos, pacientes oncológicos y seis para pacientes de sida. Además, en hospitales de día se potenciará su actividad en tratamientos oncológicos, sida, psiquiatría y geriatría, creando diez nuevos centros.

Vamos a implantar planes de calidad asistencial en cada área de salud. Asimismo, vamos a proseguir en algo que esta Comisión conoce muy bien, que es el plan integral de atención a la mujer, con atención preferente a la prevención del cáncer ginecológico, mama, endometrio y cérvix, al embarazo, ofertando la analgesia epidural en el 40 por ciento en los partos en 1998 y extendiéndola progresivamente en los siguientes ejercicios.

En materia socio-sanitaria, en 1998 nos hemos comprometido a elaborar una guía de recursos socio-sanitarios en el cien por cien de las áreas de salud, en la que se tenga en cuenta los recursos que tienen las administraciones públicas autonómicas, las administraciones locales y el propio INSALUD, y entre 1998 y el 2000, a intentar pactar con las Comunidades Autónomas acciones conjuntas para poner en funcionamiento esos centros socio-sanitarios, a través, insisto, de compromisos con las Comunidades Autónomas, las corporaciones locales y las competencias transferidas del IMSERSO.

En materia de urgencias y emergencias, el compromiso es clave. Entre 1998 y 1999, hemos de dotar a todas las Comunidades Autónomas con una central de coordinación 061 y con un dispositivo de urgencias y emergencias como el que tienen Madrid y Baleares.

En materia de recursos humanos, apostamos claramente por la estabilidad laboral del personal. El 24 de diciembre de 1996 salieron a oferta pública de empleo 5.200 plazas de personal no sanitario y en 1998, tras nueve años sin convocatoria pública para personal facultativo de hospitales, saldrá la convocatoria de las plazas vacantes del personal interno, que, como ustedes saben, afectan al 27 por ciento de la plantilla y supone más de 4.000 plazas de este personal.

Vamos —y así lo hemos pactado en la mesa sectorial— a posibilitar la voluntariedad del complemento específico, voluntariedad que conlleva disciplinar al máximo y dignificar este complemento, de tal suerte que voluntariamente se opte a él, pero que se exija desde la administración el cumplimiento riguroso de dicho complemento. Igualmente, ordenar el acceso y la provisión de los puestos de jefes de servicio y de sección. Hay más de 930 puestos ocupados provisionalmente por jefes de servicio y de sección y desde 1995 no se ha hecho ningún nombramiento definitivo de estos puestos en nuestro territorio. Vamos a hacer nombramientos de cuatro años, susceptibles de evaluación, conforme al pacto de la mesa sectorial.

Y por último, posibilitar el ejercicio real del derecho a la exención de guardias para mayores de 55 años, que es un derecho que acaban de asumir todos los facultativos en su patrimonio en el sentido de que cualquiera de ellos podrá solicitar la exención de guardias cuando llegue a esa edad.

Es en materia de infraestructuras, junto con los tiempos de espera, donde tenemos uno de los índices más claros y más nítidos para comprobar o no el compromiso de una Administración con su sector sanitario, porque una de las formas de desmantelar el sistema sanitario es abandonar la actualización de las inversiones y tener los centros con presupuestos de inversiones como en los últimos seis años, donde se puede observar que el presupuesto ha estado con-

gelado, si no ha disminuido como en 1994, de forma notable. Así, las inversiones se concretan de la siguiente forma.

Entre 1998 y el año 2000 cerraremos el cien por cien de los centros de salud pendientes en todo nuestro territorio para acabar la implantación del modelo de equipo de atención primaria.

Entre 1998 y el año 2000 acometeremos obras en el 74 por ciento de los hospitales. No serán pequeñas obras, sino que serán grandes planes directores o grandes reformas: de los 82 hospitales, acometeremos obras de reforma en 61 de ellos. Y construiremos cinco nuevos hospitales: el Hospital de Calahorra, en La Rioja, cuyas obras han empezado hace unos meses; el Hospital de Ciudad Real, que está en licitación; el Hospital de Valladolid, el Hospital de Fuenlabrada y el Hospital de Ceuta.

Esto supone que en los próximos cuatro años, incluido 1998, habrá una inversión de un cuarto de billón de pesetas en infraestructuras; por lo tanto, el presupuesto de 1998 ha crecido un 40 por ciento. Insisto en que en la serie de los últimos seis años el presupuesto del INSALUD tuvo un crecimiento cero, se movía en el entorno de los 38.000 millones de pesetas, pasando este año a 54.000 millones.

Otro de los objetivos se refiere al presupuesto y pago de proveedores. No podemos volver a caer en una deuda que ha atenazado al sistema durante muchos años. No podemos volver a caer en reflotamientos y afloramientos de deuda que han sobrepasado más de un billón de pesetas en los últimos años. Por lo tanto, nuestro primer compromiso es con el presupuesto para intentar ajustarnos al sistema de financiación que entre todos nos hemos dado en noviembre de 1997.

Pero también debemos tener compromisos con los proveedores. Vamos a pagar mejor. A pesar de que el INSALUD es un servicio de salud que está muy por encima de la media en términos de pago de otros servicios de salud, proponemos pagar mejor a través de tres herramientas. Anticipos de caja fija, es decir, la posibilidad de que los hospitales paguen directamente pequeñas facturas en el centro. Por primera vez, hemos establecido como objetivo en un contrato de gestión minorar los tiempos de tramitación de facturas; por lo tanto, los hospitales tienen la obligación de minorar los tiempos de demora en los pagos. Insisto en que éste es un criterio de calidad que hemos incluido en 1998.

En materia de farmacia, en 1998 dispondremos del conocimiento del consumo farmacéutico por usuario. Se lo vamos a entregar al facultativo para su conocimiento, y también al usuario en los casos en los que fuere necesario. Hemos de fomentar la prescripción de genéricos. Y también tenemos un compromiso con el Sistema de Seguridad Social en cuanto a las prestaciones en Incapacidad Temporal. Es decir, el compromiso de revisar en el menor tiempo posible a aquellas personas que se encuentren con un problema de salud que conlleve una incapacidad temporal.

En materia de satisfacción y participación de los usuarios, en 1998 hemos de articular la incorporación de los representantes de consumidores y usuarios a los órganos de participación. Hemos de crear consejos de gobierno en los centros de nuevos modelos de gestión, buscar servicios de información telefónica que operen durante las 24 horas del

día y elaborar encuestas anuales, no sólo entre los profesionales sino entre los usuarios para valorar el estado de opinión sobre la sanidad pública.

Por último, el proceso de transferencias. En 1998 aprobaremos y crearemos las Direcciones Territoriales en cada Comunidad Autónoma. También en 1998 propondremos a las Comunidades Autónomas firmar convenios de colaboración entre las Consejerías de Sanidad y los responsables del Insalud para concretar las actuaciones en cada territorio con el presupuesto autonómico o con el presupuesto de la Administración General del Estado. Y en el año 2000 y 2001, comenzar a preparar las transferencias efectivas a las Comunidades Autónomas.

Éste, señorías, es el Plan estratégico del INSALUD, así como la necesaria complementariedad del mismo con los objetivos en un espacio de tiempo delimitado y lo más corto posible.

Insisto en que estamos en un proceso de recibir las alegaciones que fueren necesarias, de recibir los enriquecimientos que sea menester al objeto de mejorar entre todos la sanidad pública de nuestro país, y reiterar que éste es el compromiso que pretendemos concretar por escrito al objeto de su conocimiento general y de formar opinión por parte de todos los actores y, cómo no, de esta Comisión de esta Alta Cámara.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Damos las gracias al señor Secretario General, Núñez Feijoo, por su magnífica intervención.

A continuación, abrimos un turno de portavoces en orden de menor a mayor según el número de miembros de los grupos parlamentarios.

¿Grupo Parlamentario Mixto? (*Pausa.*)

¿Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos? (*Pausa.*)

¿Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió? (*Pausa.*)

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el Senador Zamorano.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Agradecemos la presencia del Presidente del INSALUD y resaltados la prontitud de su comparecencia, en menos de seis días, tal vez por los acontecimientos actuales que está teniendo lugar en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Pero debo recordarle que hace un año también se solicitó su comparecencia para explicar el pago de la productividad en el año 1996, comparecencia que he tenido que retirar hoy porque después de un año no parecía muy actual mantenerla. Le ruego que aquello que en el pasado y que el futuro de las actuaciones y relaciones con esta Cámara se corresponda con lo que ha sucedido esta semana y no con lo pasado el año anterior.

Nos presenta usted un Plan estratégico en el cual lo primero que vemos es que ha tenido un procedo de elaboración —al menos en lo que hace referencia al conocimiento público— bastante oscuro. Acaba usted de decir que ya te-

nía más o menos establecidos los criterios generales en el año 1997, pero que esperaba a que terminasen los trabajos de la Subcomisión. Ya se incorporaba en la propia Ley de Presupuestos Generales del Estado, cuando entró aquí a debate —o, al menos, la justificación que se daba para algunas medidas que se incluían era dicho Plan Estratégico—; pero aprobamos esos presupuestos sin conocer una línea y es ahora cuando lo estamos haciendo por primera vez.

Entrando en el análisis de dicho Plan, lo primero que nos encontramos es la parafernalia de su presentación y de su contenido. Parece un Plan muy pensado en lo que pueden ser actos de propaganda o de autobombo por parte del Gobierno; pero luego, cuando escarbamos en él, nos encontramos con ausencias muy importantes, y con que los riesgos que puede correr el sistema son muy graves. Además, plantea serias dudas tanto en cuanto a su elaboración como en cuanto a sus intenciones, aunque respecto de estas últimas, nuestro Grupo, como explicaré más adelante, no tiene ninguna duda.

El Plan utiliza una juerga —perdón, una jerga— tecnocrática que, en mi opinión, trata de ocultar la realidad de lo que con él se pretende, y creo que utiliza un criterio bastante tendencioso en cuanto al análisis. La mitad del Plan está dedicado al análisis de la situación, y cuando su señoría lo leía a mí me recordaba a un viejo profesor de Estadística que me decía que tuviera cuidado porque muchas veces los políticos utilizaban las estadísticas como los borrachos a las farolas, más para apoyarse que para iluminarse en el camino a seguir. A mí me parece que en el análisis de la situación que se ha hecho con este plan estratégico tiene ese sentido, más para apoyarse en la decisión que ya se tenía tomada, en la decisión que el Partido Popular quiere hacer para con la sanidad española, que para iluminar cuáles eran los problemas de nuestro sistema nacional de salud e intentar arreglarlo, y ésa es mi opinión sobre lo que hace este Plan estratégico en el análisis de la situación, la cual —como digo— es bastante tendenciosa para unos objetivos ya definidos, y no para esclarecer cuál es la realidad.

En mi opinión existen cinco puntos. Aunque no puedo estar seguro, creo que el Presidente no me dejaría emplear el mismo tiempo, por lo que tengo que hacer un resumen respecto a su contenido y a lo que aquí se ha dicho. En mi opinión, el Plan tiene cinco puntos que están estrechamente relacionados y que suponen una profunda preocupación para mi Grupo.

En primer lugar, la introducción del concepto de competencia reglada, que debe ir más allá incluso de lo establecido, si tenemos en cuenta las declaraciones del señor Rato ayer la privatización de servicios que contempla, la falta de transparencia y el aumento del control político que se va a producir sobre los centros sanitarios, y el desarrollo de una política meramente economicista de incentivos, que va a generar una gran incertidumbre entre los profesionales y una fuerte deseconomía en lo que es el INSALUD, y todo esto en un contexto en el que mi opinión es la de la poca credibilidad de este Ministerio. Poca credibilidad por las actuaciones que ha estado realizando en el último año y

poca credibilidad, incluso, por las explicaciones de las actuaciones que aquí se nos han presentado. Se nos ha dicho, por ejemplo, que se iban a poner los servicios 061 en un plazo de dos años en todas las provincias. Eso nos lo dijo el Ministro hace dieciocho meses, en el Pleno de la Cámara, refiriéndose a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, en respuesta a una pregunta de una Senadora del Grupo Parlamentario Popular, y en Castilla-La Mancha no se ha instalado ni uno.

Hablan de un conjunto de inversiones —lo digo para demostrar la poca credibilidad que tiene— en las que tendrán que modificar la Ley de Presupuestos aquí aprobada, porque con el nuevo modelo ustedes han dedicado más dinero a los conciertos con la iniciativa privada que a inversiones. Es más, me ha citado hasta al Hospital de Ceuta. Yo le recuerdo que la enmienda para la construcción de ese hospital fue rechazada con los votos del Partido Popular en el debate de Presupuestos. A lo mejor —y en ese caso tendría más credibilidad— presentan una modificación a la Ley de Presupuestos para contemplar esas inversiones que ha anunciado, pero la realidad del debate presupuestario aquí es la que le estoy indicando.

Todo esto nos presenta una escasa credibilidad en cuanto a las actuaciones y en cuanto a las intenciones, porque cuando me hablan de este modelo sueco para listas de espera, la impresión que tengo al final es que el INSALUD se va a hacer el sueco con respecto a las listas de espera y va a pasarlas a la iniciativa privada.

Pero entrando en las cuestiones básicas que más preocupan a mi Grupo sobre el contenido de este Plan, debo decir que establece un concepto de competencia reglada, según como queramos verlo, en los dos casos me da igual. Es un concepto antiguo ya superado. Creo que no se han tenido en cuenta las experiencias de otros sitios. Al final, la competencia siempre conduce a una cosa: lo que no funciona, se cierra. A lo mejor, lo único que va a pretender el establecimiento de sistemas de competencia de este tipo es llegar a una insostenibilidad de parte del sistema que justifique su posterior privatización. Este concepto está bastante superado. Ya se habla más del concepto de cooperación, que de la competencia, porque, al final, esa competencia va a dar lugar a un incremento de las desigualdades y del gasto sanitario.

En una segunda línea, el Gobierno hace una interpretación, en mi opinión abusiva e ilegítima, de lo que es la ley 15/1997. Curiosamente, usted ha manifestado antes que el Decreto que tenían a 31 de diciembre de 1996 les servía ya como un punto fuerte para la elaboración del Plan estratégico. Yo le recuerdo que ese decreto fue totalmente modificado, y que cuando se transformó en ley fue ya con posterioridad a la fecha que usted ha dado para la finalización de los estudios. Es decir, que a 31 de diciembre, eso era decreto-ley, la Ley que se aprobó aquí lo fue en el año 1997, y ni siquiera se mantuvo el título del Decreto-ley, con lo cual difícilmente podía ser un instrumento de trabajo a 31 de diciembre. A mí me parece más una justificación final al punto fuerte que una constatación de la realidad.

Como he dicho, en mi opinión ustedes hacen una interpretación ilegítima y abusiva de esta Ley, posibilitando

una privatización de la sanidad pública, como es el caso que nos hemos encontrado, con la aplicación del hospital de Alcira, en la cual se entrega a la gestión privada, al seguro privado, un área de salud.

Ustedes proponen la creación de sociedades médicas para darles la gestión de la atención primaria, con un importante componente de compra. Se trata de convertir a los médicos de los equipos de atención primaria en empresarios privados, y al hacer esta propuesta no tienen ustedes en cuenta cuál ha sido la experiencia británica. Hoy leía en la prensa unas declaraciones o unas presuntas declaraciones del señor Aznar sobre el informe del señor Blair. Yo creo que alguien no ha traducido bien al señor Aznar el informe del señor Blair respecto a las necesidades de modificación del sistema británico, porque una de las causas que han sido modificadas es precisamente lo que ustedes pretenden instaurar.

Las sociedades médicas que ustedes pretenden crear privatizarán los servicios y socializarán los riesgos, aumentarán los gastos administrativos del sistema, provocarán desigualdades en zonas de salud y producirán ineficiencia en las relaciones con la atención especializada. Y ésta no es ninguna predicción agorera: es algo que se ha visto en aquellos sitios donde se ha estado poniendo en práctica.

Otra vía que se contempla es la posibilidad de externalizar al sector privado la función principal del INSALUD, que es la asistencia sanitaria. Cuando habla de los proveedores externos, me habla de la superación de los conceptos de subsidiariedad y de complementariedad. La superación de esos conceptos significa que vamos a dejar esos conceptos fuera. Quitamos la complementariedad y quitamos la subsidiariedad. Lo metemos en el ámbito de la competencia. Yo quiero recordar aquello de que todo lo que pasa de lo público a lo privado fortalece lo privado y debilita lo público, y esto es lo que va a pasar aquí cuando, además, tomados como agentes independientes, establecen una competencia dentro con proveedores externos que, al final, va a ser primada más, según sus propios mecanismos de incentivo, en función del pequeño ahorro que se pueda tener en una de esas sociedades médicas que en el concepto global del Sistema. Se incentiva más ese ahorro con una sociedad privada o con otra sociedad médica que la utilización de recursos dentro del sistema. Al final, vamos a dar la vuelta a la teoría comercial de la laguna de pérdidas en un mar de ganancias, y ustedes van a posibilitar una laguna de ganancias en un mar de pérdidas de todo el INSALUD. Ése es el mecanismo al cual nos puede conducir este planteamiento de competencia reglada, de independencia entre sociedades privadas, junto con sociedades cooperativas.

Por lo que hace referencia a la nueva forma de gestión de los hospitales, quiero manifestar que, en nuestra opinión, se plantea una mayor dependencia política y una mayor opacidad en la gestión de los recursos públicos.

La traducción que hace el Plan estratégico de la autonomía de gestión, en la página 60, es la siguiente: El Presidente de los órganos de gobierno será la persona designada por el Presidente del INSALUD. Y luego continúa la se-

gunda parte: correspondiendo al Presidente del órgano de gobierno la propuesta de nombramiento de los vocales. Falta por saber si van a corresponder al tercio familiar o a otro tercio, pero desde luego, esto se llamaba antes democracia orgánica: el Presidente nombra su propio consejo de administración. Esto no va a dar nada más que una mayor opacidad y una mayor dependencia política de los órganos de los hospitales de lo que es el Ministerio. Las nuevas formas de gestión en manos del Gobierno no aumentarán la participación sino una disciplina en los intereses políticos partidarios. No va a aumentar la eficiencia sino la privatización. Por ello, es necesario reducir ese intento de control que se quiere provocar llegando a una mayor transparencia en lo que se refiere a la gestión de la sanidad pública.

Usted ha dicho que uno de los objetivos para 1998 será la puesta en funcionamiento del reglamento de la Ley 15/1997. ¡Pues ya era hora! Ha pasado casi un año y todavía no se ha desarrollado ese reglamento. Además, cuando resulta que se quiere establecer como uno de los principales mecanismos el desarrollo de esa Ley, y para evitar por otra parte hacer interpretaciones torticeras como las que se estaban haciendo en el Hospital de Alcira o en otros sitios, creo que ya es hora de que se ponga en marcha de una vez este reglamento. Ya hemos esperado casi un año, pues confiamos en que no haya que esperar un año más para que se empiece a desarrollar.

El señor PRESIDENTE: Señor Zamorano, le ruego vaya concluyendo.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: No he consumido ni un 20 por ciento del tiempo.

El señor PRESIDENTE: Señor Zamorano, en este momento lleva usted consumidos 15 minutos.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Señor Presidente, con cinco minutos más termino ya, tiempo, por cierto, que es mucho menos que los 65 minutos que se han consumido.

Otro de los temas que me preocupa es el de las retribuciones. Como he dicho antes, ligar meramente retribuciones a objetivos económicos, con independencia de la posibilidad de gestión de los centros, va a dar lugar a ineficiencias en el Sistema.

Pero no voy a entrar ahora en esa vía, aunque sí voy a entrar, por ejemplo, en un tema que puede ser bastante preocupante, sobre todo por las últimas decisiones que ha adoptado este Ministerio en relación con temas de farmacia. Por ejemplo, se incentiva con un 25 por ciento el sueldo de los médicos de atención primaria en función del ahorro farmacéutico. ¿Qué es lo que pasa? ¿Es que se les va a incentivar en función del número de recetas blancas que firmen? Creo que deberían existir otros mecanismos para la incentivación, que no éstos que pueden ir en contra de los intereses de los ciudadanos.

En resumen, en opinión del Partido Socialista este Plan estratégico apuesta claramente por la competencia y el mercado; por la privatización de la sanidad pública; por el

sometimiento de los centros sanitarios al poder público. Además, reduce la transparencia de gestión en los centros y establece incentivos perversos. Producirá desigualdades, aumentará el gasto, disminuirá la eficiencia del Sistema y generará incertidumbres entre los profesionales.

En resumen, lo que el Gobierno nos ha presentado aquí hoy es el Plan estratégico para la privatización del INSALUD.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Zamorano.

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias también, señor Presidente ejecutivo del INSALUD, por la prontitud en responder a esta llamada del Senado. Desde luego, en nada tiene que ver el número de comparencias de miembros del actual Gobierno y del propio INSALUD ante las distintas Comisiones del Senado y ante el Pleno, con las escasas comparencias de anteriores miembros de los distintos Ministerios de Sanidad de los Gobiernos socialistas.

En nombre de mi Grupo Parlamentario he de decir que no puedo negar la satisfacción que a todos nos produce disponer de un elemento de gestión tan válido como el que el señor Núñez Feijoo nos ha presentado. (Por cierto, y expresándolo en una jerga clara, creo que al portavoz socialista le ha traicionado su subconsciente tal vez por el recuerdo de antiguas juergas en anteriores Ministerios de Sanidad y de las que tantos vasos y platos rotos nos encontramos en mayo de 1996.) Y al referirme a esa satisfacción de poder disponer de un elemento de gestión válido, quiero reflejar también lo que eso significa en unos momentos como éstos, en los que las estructuras sanitarias deben modificarse sustancialmente y de tal forma que puedan hacer frente, con la mayor eficacia, a los principios de equidad, de universalidad y de solidaridad que el Sistema Nacional de Salud debe brindar a todos los españoles. Y sentimos también satisfacción por la propia concreción del Presidente ejecutivo del INSALUD, y por la seguridad que nos brinda el conocimiento de las materias que se recoge en este libro azul, editado por dicho organismo, de cara a poder alcanzar los objetivos trazados.

Tras el nuevo acuerdo de financiación sanitaria, asumido también por el Partido Socialista junto a otras fuerzas políticas allá donde tienen competencia en la gestión de este sector, tras el acuerdo por amplia mayoría de la Subcomisión sobre la reforma del Sistema sanitario a que se ha hecho referencia, y también tras el acuerdo prácticamente unánime sobre los nuevos modelos de gestión en el Sistema Nacional de Salud, entendemos desde el Grupo Parlamentario Popular que era fundamental poder contar con una norma organizativa en el INSALUD que, como bien ha dicho el señor Núñez Feijoo, pretende ser un ejercicio de ordenación de prioridades observado como un hecho natural que se justifica en sí mismo por la propia dimensión y estructura del INSALUD y por la propia naturaleza

e importancia estratégica de los servicios que brinda a los ciudadanos.

Y no sólo lo entendemos así, sino que, como ha quedado claramente explicitado aquí, desde el día 9 de agosto de 1996, fecha del inicio de elaboración de dicho Plan estratégico, así se valoró también desde el Ministerio de Sanidad y desde el propio INSALUD, previendo esta necesidad y haciéndolo con la antelación suficiente para iniciar su aplicación conjuntamente con el inicio de la aplicación del nuevo modelo de financiación sanitaria que, como bien sabemos, ha representado para el INSALUD un incremento en su capacidad financiera de 128.000 millones de pesetas sobre el escenario de 1997, lo que viene a representar alrededor del 9,4 por ciento de incremento, y un montante total destinado a inversiones de alrededor de 54.000 millones de pesetas para este año, la gran mayoría de ellas dirigidas a equilibrar las zonas con mayores desigualdades.

Y aquí hago un inciso, porque si ha puesto un punto de duda el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en cuanto a la valía y capacidad de ejecución de este Plan estratégico —lo ha hecho en referencia a las inversiones en el Hospital de Ceuta—, he de decir que, o bien no se ha leído el documento, o bien incluso no ha estado del todo atento a lo explicitado por el Presidente ejecutivo del INSALUD. Y es que, está claro, y así se recoge en el documento, que el inicio de la construcción de dos nuevos hospitales en Valladolid y en Ceuta se hace para el período 1999-2001, con lo cual, en modo alguno tenía por qué estar recogido en los Presupuestos Generales del Estado para 1998.

Todo ello en conjunto indicaba, como digo, la necesidad de este Plan estratégico, respecto del que valoramos positivamente el que haya podido contar con un amplio equipo de profesionales y técnicos en materias de sanidad que ha trabajado a lo largo de casi un año en el análisis de la situación del INSALUD, en el de las líneas estratégicas y en el desarrollo del propio Plan para culminarlo introduciendo las recomendaciones nacidas de la Subcomisión parlamentaria para la Reforma de la Sanidad Pública. Un Plan estratégico que, ya desde su estructuración hay que valorar positivamente por cuanto que aborda la problemática del INSALUD, entendemos que sin ambigüedades de ningún tipo, y sin rehuir, tanto las problemáticas ahora existentes, como las distintas medidas a adoptar.

Entendemos que el análisis y diagnóstico de la situación del INSALUD representan un serio ejercicio de valoración sobre el que fundamentar las estrategias a desarrollar, así como las medidas concretas a poner en juego en este nuevo escenario del cuatrienio 1998-2001. Un ejercicio que ha abordado la totalidad de los aspectos y sectores que conforman la estructura del INSALUD: desde la propia estructura organizativa a los sistemas de información, pasando por la participación del usuario, los modelos de compra de servicios, la atención primaria especializada y de urgencia-emergencia sanitaria, la atención sociosanitaria —que está necesitada de actuaciones coordinadas—, los recursos humanos, el desarrollo directivo o la acreditación y calidad como concepto de gestión integral de las organizaciones o empresas sanitarias.

Todo ello unido a la definición de los escenarios en que han de producirse los cambios propuestos, habla muy a las claras de la perspectiva de futuro desde la que se afronta el Plan estratégico, tanto sobre la base de los restos que nos ofrecen los nuevos modelos de gestión, como en lo referente al horizonte de transferencias, que deberá dirigirse hacia una progresiva descentralización, contando para ello con las herramientas suficientes para que las transferencias se realicen de forma ordenada.

Dentro de este capítulo, desde nuestro Grupo hemos de destacar la coordinación y homogeneización que del Sistema se pretende a través de las funciones corporativas, la coordinación de compra o la coordinación en la provisión, en el marco de un sistema de competencia regulada asignando distintas responsabilidades a los agentes de compra y centros proveedores, a la vez que estableciendo mecanismos de incentivación a través de los contratos de gestión asistencial en atención primaria y en atención especializada.

En todo caso, se trata de un Plan estratégico, como antes reconocía, cuya estructuración no se pierde en vaguedades y que afronta de un modo definitorio una serie de líneas de actuación que consoliden el modelo, sin dejar de lado aquellas mejoras que a corto plazo se requieran.

Cuarenta y siete líneas, como bien ha comentado el Presidente ejecutivo del Insalud, que definen todo un marco estructural en el que este Grupo entiende que tendrá cabida todo un diseño perfectamente planificado de actuaciones del sistema público de salud en el territorio sanitario aún no transferido.

No podemos dejar de destacar la actuación prevista en atención primaria con nivel básico del sistema sanitario. Entendemos que con la propuestas planteadas en el Plan estratégico, se persigue avanzar decididamente en la modernización de ese nivel llegando mucho más lejos al profundizar en la autonomía de los equipos de primaria, flexibilizando y optimizando el horario de trabajo de cada médico, llevando a cabo ajustes en el modelo retributivo de los facultativos de forma que éste se convierta en un elemento incentivador, replanteándose el papel del personal de enfermería hacia las demandas socio-sanitarias de la sociedad, e incluso abriendo la puerta a la creación de sociedades médicas que están logrando excelentes resultados en el Reino Unido.

De igual forma, las distintas líneas de actuación a seguir en asistencia especializada marcan el camino de una nueva orientación de los hospitales hacia el paciente, pero sin perder de vista a los profesionales de todo tipo que en ellos trabajan y a la propia sociedad que exige, desde los nuevos modelos de gestión, un mejor uso de los recursos que pone a disposición del sistema público de salud.

La urgencia y emergencia son objeto también de medidas coordinadoras que logren la máxima rentabilidad de medios con la mayor cobertura posible, a fin de atender con la inmediatez necesaria a los usuarios del sistema.

Un capítulo que nuestro Grupo considera de capital importancia dada la incidencia cada vez más frecuente que socialmente ofrece, es el de la atención socio-sanitaria. Consideramos como prioritario el hecho de priorizar en los

equipos de atención primaria la atención domiciliar de enfermos geriátricos, crónicos avanzados o paliativos, manteniendo una estrecha colaboración con los servicios sociales, a fin de obtener el máximo beneficio posible de los recursos estatales.

Igualmente, el Grupo Popular entiende que tras el abandono de años hacia el personal sanitario, resulta cuando menos ilusionante conocer las seis líneas de actuación dirigidas desde el INSALUD hacia el principal activo que posee, buscando no sólo flexibilizar sus relaciones sino el mayor protagonismo de dicho personal en el propio sistema.

Por último, valoramos muy positivamente la existencia de cuatro grandes capítulos en este Plan estratégico que pretenden beneficiar claramente la eficiencia y calidad de la asistencia sanitaria profesionalizando y tecnificando la función directiva, potenciando la participación de los proveedores externos sin alterar la equidad básica del sistema, abordando una política de calidad desde la perspectiva de la calidad total, y desarrollando los sistemas de información claves para la planificación, compra, gestión, toma de decisiones y evaluación de los servicios.

Todas estas líneas de actuación están unidas a una última, a la que también se ha referido el señor Núñez Feijoo, dirigida a la contención del crecimiento del gasto farmacéutico desde medidas estructurales de todo tipo, junto a otras que puedan adoptarse como la anunciada por el Ministro de Sanidad en cuanto a la exclusión de una serie de medicamentos de la financiación pública, medida ésta como cualquier otra que desde el Ministerio de Sanidad se pueda adoptar referida a este tema. Aprovecho la oportunidad para apoyarla incondicionalmente por los beneficios que para el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, para todos los ciudadanos sin exclusión van a derivarse de la misma, tanto desde el Grupo Parlamentario Popular como desde este portavoz, ante informaciones sesgadas y lejanas a la verdad y a la objetividad que han aparecido en algún medio de comunicación en sentido contrario.

Por tanto, y con ello termino, señor Presidente, es un completo capítulo de actuaciones que incluso ha definido en el tiempo de ejecución el señor Núñez Feijoo, que marcan un hito importante en la historia de la sanidad pública española y que este Grupo confía plenamente sirvan para dar respuestas positivas a las demandas de usuarios y profesionales del sistema, así como a toda una sociedad que dirige hacia la sanidad pública cuatro billones de pesetas anualmente.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Bellido.

Para contestar, tiene la palabra el señor Núñez Feijoo.

EL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD (Núñez Feijoo): Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, señor Zamorano, siento que no haya tenido la oportunidad de explicarle a usted el pago de la productividad de 1996, pero se lo voy a explicar en dos frases. Ustedes habían pactado pagarle exclusivamente a una categoría

de profesionales basados en unos ahorros que, evidentemente, sabían que no se iban a producir. Por tanto, habían hecho ustedes un pacto de imposible cumplimiento para pagar exclusivamente, insisto, a una categoría de profesionales y nosotros hemos pagado a todos los profesionales del sector sanitario, tanto a la categoría que ustedes tenían previsto pagar como a todo el resto del personal que trabaja en el sector sanitario en 1996. Esto supuso un incremento salarial en toda la red de 5.000 millones de pesetas en complemento variable. Ésta es la respuesta muy sucinta a esa, parece ser, pregunta que usted no ha tenido la posibilidad de que le fuese contestada de forma directa.

Entrando en las cuestiones que afectan a su interpretación del Plan estratégico, lo primero que nos dicen es que ha habido un procedimiento oscuro en cuanto a la elaboración y presentación del Plan y que con ocasión de la aprobación del presupuesto ni siquiera ustedes tuvieron ocasión de conocerlo.

Desde 1978, momento en el que se crea el INSALUD como reparto del INP o como exclusión del INP en tres Organismos Autónomos, no había hecho ningún Plan estratégico, pero desde 1982 a 1996, el INSALUD volvió a no hacer ningún Plan estratégico. Ninguno. Es posible que durante 14 años hubiese motivos y tiempo para hacer un plan, también es verdad que siempre el hacer un plan estratégico condiciona y posiciona a una administración en lo que quiere hacer en el sector sanitario. Por eso, cuando menos es sorprendente que diga usted que desde que se inició el Plan estratégico no ha tenido la posibilidad de conocerlo.

Por otra parte, respecto a la presentación del Plan, si se hace antes de que acabe sus trabajos la Comisión Parlamentaria, me imagino su respuesta, y su respuesta hubiera sido, como la de algunos de sus compañeros: una falta de respeto al Parlamento, que estaba debatiendo sobre la reforma y consolidación del sistema.

Por tanto, señoría, hubo mucho tiempo para hacer planes estratégicos, había que respetar al Parlamento y lo hemos hecho. Si no en 14 años, sí lo hemos hecho en algo más de 14 meses y respetando, a la vez, el mandato parlamentario y las discusiones y debates parlamentarios.

Le preocupa a usted la parafernalia en la presentación. Me atrevería a decir que lo que le preocupa es que lo hayamos presentado, porque ello significa que se acabó la parafernalia en las imputaciones absolutamente tendenciosas que se han recibido sobre la gestión sanitaria del INSALUD en estos últimos años. Se acabó ya la posibilidad de decir lo que no vamos a hacer y de imputar actuaciones u omisiones que van siempre en la misma línea con la que ha acabado su frase y su intervención: la privatización, señor Zamorano, de qué, de quién y cuándo.

Si es capaz usted, en la lectura de este Plan estratégico, de sacar una conclusión así, le propongo, señor Zamorano, que se lo vuelva a leer y a hacerlo reposadamente. También le propongo que vuelva a consultar las reacciones que tuvieron lugar después de la presentación del Plan estratégico, reacciones de altos cargos del Ministerio anterior, desde el más alto cargo hacia las direcciones generales y compruebe usted lo que han dicho los responsables del an-

terior Ministerio de Sanidad, del inmediatamente anterior y de los anteriores durante esos 14 años en relación con el Plan estratégico. Verá usted, señor Zamorano, como se queda solo en cuanto a la percepción de este Plan. Es evidente que usted no ha sido capaz de contrarrestar ninguna de las actuaciones que en él se concretan. Usted ha hecho un discurso globalizador, un discurso que incluso confunde la competencia regulada con lo que usted denomina competencia reglada, que poco o nada tiene que ver, y un discurso que no me esperaba por fácil, me esperaba uno más propio con las intervenciones que en otras ocasiones hemos tenido ocasión de disfrutar.

El que usted diga que el seguro sueco es como hacerse el sueco sobre las listas de espera, si me lo permite y sin faltar, como es natural, a la cortesía parlamentaria, viniendo de usted hablar de listas de espera desde su posición, sólo se le podría ocurrir a un sueco.

Señorías, los datos están ahí; nadie discute en nuestro país que se han disminuido las listas de espera quirúrgicas, y por el contrario todo el mundo coincide en que uno de los problemas que tenía la sanidad en mayo de 1996 era el de unas listas de espera que se ocultaban, al objeto de no dar información sobre el contenido y alcance de dichas listas.

Usted también ha dicho que no le gusta esto de la competencia y que prefiere hablar de la cooperación, citando al señor Blair. Señoría, hemos tenido la ocasión de estar con los redactores del Libro Blanco del señor Blair, y fue una pena que usted no pudiese asistir a esa reunión, porque así no hablaría de oído. El señor Blair en su Libro Blanco no solamente opta por mantener la compra de los servicios en atención primaria, sino que además dice que los médicos se han de agrupar en cooperativas. Fíjese bien lo que dice el señor Blair en su Libro Blanco: justamente lo contrario de lo que usted está diciendo; habla textualmente de cooperativas en materia de atención primaria.

Dice usted también que el Real Decreto-ley 10/1996 ha sido modificado total y absolutamente por la Ley 15. El Real Decreto-ley 10/1996 ha permitido crear las fundaciones públicas y la Ley 15 permite crear fundaciones públicas, y lo que es más importante, darle amparo a las actuaciones que han hecho las Comunidades Autónomas, entre otras la única Comunidad Autónoma gobernada por el partido al que usted pertenece, creando empresas públicas, fundaciones y otro tipo de actuaciones con personificación jurídica.

Le preocupan a usted las sociedades médicas porque considera que pueden dar lugar, como siempre, a ese calificativo que se utiliza cuando no se puede decir otra cosa: la privatización. Yo le recomiendo que se lea usted los borradores del Plan estratégico del Servicio de Salud andaluz, donde ya no optan por cooperativas en atención primaria, sino que están optando —según lo que leemos— por cooperativas en los servicios de los hospitales, señoría. A usted le preocupan las cooperativas de los equipos de atención primaria cuando sus correligionarios están proponiendo hacer cooperativas en los servicios de cada uno de los hospitales. Francamente, señoría, creo que debemos de matizar los lenguajes.

A usted también le preocupa la política de conciertos. Ése es otro de los planteamientos que algunas veces usted-

des esgrimen, cuando no hacen un discurso brillante: la privatización y los conciertos. Sería muy sencillo contestar a esto, pero yo no le voy a dar datos que usted conoce por otra parte. Usted sabe que los conciertos no han subido; que se han incrementado como consecuencia de que se han posicionado los presupuestos de los hospitales públicos de Alcorcón y Manacor en estos capítulos de conciertos, y se tramitan a través de esa partida presupuestaria. Pero a usted lo que debería preocuparle es la transparencia, la publicidad y la concurrencia en los conciertos, porque sabe usted, igual que yo, que el Consejo de Ministros ha tenido que convalidar más de cinco mil actuaciones anteriores a mayo de 1996. Eso es lo que debería preocuparle.

Le preocupa también la politización de los órganos de gobierno de los hospitales. Yo creo que debería de preocuparle a usted más el hecho de que durante todo este tiempo no haya habido ni un solo órgano de gobierno en los hospitales. Mayor politización que la ausencia de todo órgano de participación, imposible. Si el gerente y su equipo directivo son los únicos que tienen algo que decir en el hospital, imagínese usted la participación que existe. Lo único que se quiere decir en ese Plan es que el presidente del órgano de gobierno ha de ser nominado por el responsable del Insalud, y los vocales del órgano tienen que ser representantes del sector público, como ocurre en cualquier administración pública y en cualquier consejo de administración de empresa pública, ¿o es que los consejeros de las empresas públicas del Estado no son nombrados por la autoridad pública, señoría? ¿Es que no los nombra quien tiene la titularidad de la empresa; quien responde al accionariado? ¿O es que los nombra la iniciativa privada? No conozco precedente al respecto.

Habla usted igualmente de la incentivación en el ahorro farmacéutico y de si estamos o no intentando que los facultativos hagan recetas blancas. Me da usted una oportunidad y, si me lo permite, la voy a aprovechar. Sobre esta cuestión se han dicho muchas cosas, pero le digo sinceramente lo siguiente: no jueguen con el tema sanitario; sean más serios con sus planteamientos sanitarios, porque si ustedes, igual que nosotros, persiguen el mantenimiento del sistema sanitario público, están perdiendo una ocasión de oro para hablar seriamente del tema sanitario y del tema farmacéutico. La creación de la receta blanca ha quedado de manifiesto que es una decisión del Gobierno Socialista de 1994, y usted lo sabe, señoría. Pero no es conveniente dar esta información de que ahora se crea la receta blanca, cuando es falso; de que ahora se excluye el Clamoxyl, el Nolotil y la Buscapina, cuando es falso; de que ahora se excluyen grupos terapéuticos completos y antes no. Ustedes en 1993 excluyeron grupos terapéuticos completos: todos los antigripales, todos los antisépticos generales, todos los antifatulentos, todos los colagogos y coleréticos, todos los protectores hepáticos y todos los descongestionantes nasales; es decir, ustedes han suprimido todo esto en 1993, además de medicamentos tan conocidos como el Aerored, el Astenolit, el Habitane, la Couldina, el Bisolvón Compositum, pero no debe intentar decir que la decisión de 1993 es igual a la de 1998 porque es posible que no seamos capaces de hacer ver a los usuarios que no es así, aunque us-

ted debe de saberlo por lo siguiente: desde 1982 a 1993, ¿cuáles son las políticas farmacéuticas que ustedes han adoptado? ¿Qué decisiones habían adoptado ustedes en esos once años en materia de real decreto de márgenes? ¿Qué decisiones habían adoptado en materia de oficinas de farmacia? ¿Qué decisiones habían adoptado en materia de distribuidores? ¿Qué decisiones habían adoptado en materia de medicamentos genéricos? ¿Qué decisiones habían adoptado en materia de precios de referencia? ¿Cuál ha sido su política farmacéutica? Y, además, están hablando de recorte de prestaciones en 1998 por el ahorro que se genera con la financiación selectiva. Señorías, en 1994 ustedes detrajeron del sistema sanitario 150.000 millones de pesetas como consecuencia, entre otras cosas, del ahorro que iba a producir esa medida. Justamente el recorte en la prestación se produce en 1994 y ahora lo único que se produce es una inversión en sanidad, una inversión en inversiones, una inversión en listas de espera, y una inversión en todos esos planteamientos, cosa que ustedes, señoría, no han hecho.

Por tanto, si seguimos no tomándonos en serio la sanidad le puedo asegurar que vamos a tener problemas y que ustedes, insisto, que argumentan ser defensores del sistema sanitario, tendrán problemas sin duda por esta falta de rigor y de planteamiento.

El Nolotil, señoría, está en el lenguaje de los españoles igual que el río Tajo. Esto es lo que he oído en una comparecencia de un ilustre dirigente de su partido. Ese ilustre dirigente acababa de confundir el río Tajo con un afluente, y es que el Nolotil sigue en el lenguaje de nuestro país, y el único que no lo sigue es el Nolotil Mucolítico, señoría; un afluente del río Tajo. Además, ustedes y nosotros nos hemos puesto de acuerdo en el Consejo de Política Fiscal y Financiera para conseguir que, de los 381.000 millones de pesetas que íbamos a invertir en sanidad, 60.000 se consiguiesen a través de la financiación selectiva, concretamente 65.000, y ustedes lo han firmado; y el acta de la Comisión está para que ustedes la revisen. El Ministerio lo único que ha hecho ha sido, en lugar de 65.000 millones de pesetas, conseguir 30.000 millones de pesetas de retorno de la industria farmacéutica y trasladar a los usuarios la necesidad de que ellos ayuden a aportar el resto de esta financiación para otro gasto en sanidad, no para el recorte de déficit público.

Señoría, ¿sabe usted el número de especialidades que han entrado en el registro en 1997? Más de 450 nuevas especialidades han entrado en el registro en 1997 y ahora se está hablando de la exclusión de 865. Incluso —hasta el número de especialidades que han excluido en 1993 lo falsean: fueron 925 y no otros números que aparecen en otros medios de comunicación.

En definitiva, señoría, créame, si no hablamos más seriamente de esto, si no apostamos por el mantenimiento de nuestros servicios sanitarios, si tiramos la piedra contra el propio sistema, no vamos a mantener la viabilidad financiera del sistema. Ustedes lo saben.

Y, por último, le voy a dar un solo dato: En 1997 lo que nos hemos gastado en una única patología y lo que nos hemos gastado en la farmacia de esa única patología, que han

sido los antirretrovirales del sida, ha sido superior a toda la exclusión de la lista de fármacos que está en este momento sometida a alegaciones; en una única patología y en unos únicos productos farmacéuticos para una única patología. ¿Esto es apostar por la sanidad pública? Cubrir los antirretrovirales del sida para una enfermedad degenerativa que lleva a la muerte del paciente, ¿eso es apostar por la sanidad pública? ¿O es apostar de la forma en la que ustedes lo hacen negando lo que han hecho y tergiversando en este momento lo que se está intentando hacer y, en definitiva, además, diciendo que esta medida es igual a otra? Pero es que ni siquiera ustedes asumen que la otra medida se ha adoptado y que la otra medida, insisto, excluye a grupos terapéuticos enteros y medicamentos de tanta trascendencia y de tanta relevancia como los que aquí se contienen.

Señoría, siento de verdad su visión del Plan Estratégico, le invito a que haga una reflexión más interna del Plan Estratégico, le invito a que haga usted con los responsables sanitarios de su Partido —con los anteriores precedentes y con los más remotos— una comparación de lo que pretende este Plan Estratégico con, por ejemplo, el único servicio de salud en el que ustedes están gestionando. Si hay alguna cuestión que aquí se contiene que atenta contra las decisiones que ustedes han adoptado en el pasado o que atenta contra las decisiones que están adoptando ustedes en el presente, dígasela y si no, insisto, no haremos ningún favor a la sanidad de nuestro país.

Y es muy duro, señoría —porque los datos están ahí—, ver que las inversiones en el INSALUD desde 1992 han sido 38.000 millones de pesetas y en 1994 —momento en el que ustedes adoptan la decisión de la financiación selectiva— las rebajan a 30.000. Eso es hurtar financiación al sistema, señoría, eso es recortar el gasto sanitario en este país y lo hemos de dejar muy claro. E insisto en que es muy duro ver cómo ahora hay 54.000 millones en capítulo 6. Es muy duro asumir la responsabilidad durante nueve años de no hacer ninguna oferta pública de empleo a los facultativos en nuestro país. Es muy duro tener a más de 4.000 personas en una situación de inestabilidad laboral. Es muy duro tener el 50 por ciento de los hospitales sin cableado informático. Es muy duro no haber invertido absolutamente nada en informatización. Es muy duro tener descapitalizada la red. ¿Y sabe cuál es la única respuesta que se le puede dar a los ciudadanos? No se preocupen ustedes, que cuando no hay dinero para eso está la lista de espera, que es la que regula la entrada al sistema; no se preocupen ustedes, que cuando no hay dinero para eso está la prótesis de cadera del ciudadano extremeño o del ciudadano de Castilla-La Mancha que está esperando, o para eso está el implante, o para eso está la lente intraocular de nuestros mayores que están esperando y a los que ahora se les está diciendo que el Nolotil, el Clamoxil, están saliendo de la financiación, cuando ustedes y nosotros sabemos que es falso. No construyan su debate en ambigüedades porque con la sanidad no se puede jugar, ya que si se juega verán ustedes a lo que se van a enfrentar.

Permítame, señoría, este tono duro de mis palabras, pero realmente los que creemos en el sistema sanitario público de nuestro país no vamos a aceptar en ninguna tri-

buna imputaciones de privatización o imputaciones de falta de compromiso con el sistema sanitario público en nuestro país. Aceptaremos equivocaciones, aceptaremos que se pueda hacer mejor, aceptaremos que podemos no acertar en un planteamiento, pero, desde luego, lo que no acepto —y usted no lo aceptaría tampoco— es que se me impute desde ningún grupo parlamentario falta de sensibilidad social, respeto hacia nuestros mayores y respeto hacia el sistema sanitario que entre todos —entre todos, insisto— nos hemos venido dando desde 1942.

Señor Bellido, yo le agradezco sinceramente su aportación, le agradezco sinceramente su apoyo y sepa usted que para nosotros es un honor poder concretar en esta Cámara y en cualquier otro sitio lo que vamos a hacer con la sanidad, es un honor poder tenerlo escrito y poder enseñarlo, insisto, es un honor contar con un grupo parlamentario como con el que contamos en el Senado.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Núñez.

Se abre turno individual para aquellos Senadores que desean formular alguna cuestión al compareciente (*El señor Zamorano Vázquez pide la palabra.*)

Señor Zamorano, le tengo que decir que esta Presidencia le va a dar dos minutos, dada la hora y las condiciones que tenemos, para que formule las alegaciones que tenga que hacer.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Señor Presidente, me parece que dos minutos, después de una intervención o un mitin de hora y media, es demasiado poco como para poder esclarecer aquí nuestro planteamiento, porque, desde luego, aquí se ha faltado a la verdad y se ha dado una interpretación torticera y ocultado la auténtica intención por parte del INSALUD. Le ruego un tratamiento no tan justo pero similar...

El señor PRESIDENTE: Señor Zamorano, esta Presidencia le da a usted dos minutos para su intervención y está en su derecho de hacerlo.

Tiene la palabra, señor Zamorano.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Señor Presidente, entendiendo que esto es una actuación parcial, aparte del compareciente y en contra de la posibilidad de hablar de este Grupo, no acepto esa palabra, renuncio a ella.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Zamorano.

No habiendo más asuntos que tratar en esta comparecencia, se suspende la sesión por un cuarto de hora. (*Pausa.*)

— DICTAMINAR LA PROPOSICIÓN DE LEY DE AMPLIACIÓN DEL CONCEPTO DE FAMILIA NUMEROSA (624/000011).

El señor PRESIDENTE: Se reanuda la sesión.

Dictamen relativo a la proposición de ley de ampliación del concepto de familia numerosa. La ordenación del de-

bate consistirá en un turno a favor en defensa de las enmiendas, un turno en contra —que podrá agruparse al finalizar la defensa de las enmiendas—, un turno de portavoces y votación. Se votarán, en primer lugar, las enmiendas de cada autor, salvo que se solicite en algún caso votación separada; en segundo lugar, la votación de la proposición de ley, con las enmiendas incorporadas, y concluirá con la exposición de motivos.

Una vez dictaminada la proposición de ley, esta Presidencia preguntará a la Comisión si designa a alguno de sus miembros para efectuar la presentación del dictamen ante el Pleno de la Cámara.

Se han presentado tres enmiendas; la primera, del Grupo Parlamentario Socialista; la segunda, del Grupo Parlamentario Mixto, y, la tercera, del Grupo Parlamentario Popular.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el Senador Zamorano.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Señor Presidente, voy a defender la enmienda que el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado a la proposición de ley remitida por el Congreso relativa a la ampliación del concepto de familia numerosa.

Consideramos muy importante esta iniciativa en relación a las diversas políticas de discriminación positiva en favor de las personas con minusvalías o discapacitadas, aunque consideramos que las de carácter fiscal no son las únicas que deberían ponerse en marcha.

La iniciativa de modificación de la Ley de 1971 y de la Ley de Medidas Fiscales y Administrativas y de Orden Social de 1994, que ampliaba el concepto de familia numerosa de cuatro a tres hijos, nos parecía insuficiente. Por ello planteamos una enmienda al articulado remitido por el Congreso en el sentido de ampliar el concepto de familia numerosa a aquellas familias con dos hijos si uno de ellos es minusválido y discapacitado, así como a las familias con un hijo si ambos cónyuges fueran minusválidos. En cierto modo, nuestra enmienda viene a coincidir con la primera parte de la que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Mixto.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Zamorano.

¿Turno en contra? (*Pausa.*)

Para la defensa de la enmienda número 2, tiene la palabra el Senador don Victoriano Ríos Pérez.

El señor RÍOS PÉREZ: Gracias, señor Presidente.

El texto remitido por el Congreso de los Diputados dice: «Será también familia numerosa aquella que teniendo dos hijos, al menos uno de ellos sufriera alguna deficiencia o minusvalía o incapacidad para el trabajo.» En primer lugar, la disyunción «o» implica una situación de gran amplitud que produce una inseguridad clara. Por lo tanto, en nuestra enmienda pretendemos modificar la expresión «alguna deficiencia» por «la condición de minusválido», término perfectamente definido en la normativa actual.

En segundo lugar, en cuanto a los beneficios por familia numerosa, si se ha rebajado el número de hijos de tres a dos cuando alguno de ellos tuviera alguna deficiencia, también debería entenderse cuando ésta afectara a alguno de sus padres, en tanto en cuanto ambas situaciones plantean los mismos problemas económicos. Todo ello constituye un avance social importante que vale la pena dar, máxime cuando se ha aprobado la creación de una Ponencia en la Subcomisión del Congreso en la que se contempla esta situación.

Por lo tanto, nuestra enmienda dice: «Tendrá, asimismo, la consideración de familia numerosa aquella que teniendo dos hijos, al menos uno de ellos tuviera la condición de minusválido. Igual tratamiento se dará a aquellas familias que con dos hijos uno de los padres fuera también minusválido o pensionista con incapacidad laboral absoluta.»

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, Senador Ríos.

¿Turno en contra? (*Pausa.*)

Para la defensa de la enmienda número 3, del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Martín Iglesias.

El señor MARTÍN IGLESIAS: Gracias, señor Presidente.

En primer lugar, me gustaría hacer referencia a que la Ley del año 1994 modifica la Ley de 1971 en el sentido de que las familias con tres hijos, siempre que uno de ellos tuviera la condición de minusválido o incapacitado para el trabajo, tendría la condición de familia numerosa.

Dicho esto, quiero contestar a las dos enmiendas, tanto a la presentada por el Senador Zamorano, en representación del Grupo Parlamentario Socialista, como a la de don Victoriano Ríos, del Grupo Parlamentario Mixto. Ambas contemplan nuevos supuestos, abriendo posibilidades de protección a la familia que, a juicio de nuestro grupo, se enmarcan más en protecciones de tipo social que en el concepto de lo que podría llegar a considerarse como familia numerosa. De la misma manera, nosotros podríamos preguntarnos por qué se contemplan esos supuestos y no se contemplan, por ejemplo, las familias monoparentales con dos hijos. En definitiva, esto podría dar lugar a hacernos un sinnúmero de reflexiones sobre la enmienda que aquí se nos presenta, respecto al concepto de familia numerosa, y nos parece muchísimo más acertado dejarlas para el momento en el que el Gobierno presente el nuevo proyecto de ley que está elaborando y del que ya se ha hablado.

Por consiguiente, nosotros vamos a votar, en principio, en contra de estas enmiendas.

También quiero decir que el Grupo Parlamentario Popular presenta la enmienda número 3, de modificación del punto 1, párrafo segundo, en el sentido siguiente: «Será también familia numerosa aquella que teniendo dos hijos, al menos uno de ellos sea minusválido o incapacitado para el trabajo.»

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Martín Iglesias.

Se abre un turno de portavoces, empezando por el Grupo Parlamentario Mixto. (*Pausa.*)

Tiene la palabra el señor Ríos.

El señor RÍOS PÉREZ: Gracias, señor Presidente.

En este turno del Grupo Parlamentario Mixto, insisto en los planteamientos que he expuesto en la presentación de la enmienda de Coalición Canaria y también quiero recordar que en ciertas cuestiones algunas Comunidades Autónomas han avanzado, por lo que sería una incongruencia que el Gobierno del Estado se inhibiera.

En segundo lugar, tengo que decir que me parece un retroceso importante en los derechos de la familia numerosa la posibilidad de que las familias monoparentales que sólo tienen dos o tres hijos no obtengan los beneficios fiscales. Probablemente sea difícil de dilucidar si esta ley debe llamarse «de familias numerosas» o deba utilizarse otro nombre que no lleve la palabra «numerosa».

Coalición Canaria va a votar a favor de las tres enmiendas porque son claramente congruentes.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Ríos.

Por el Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, tiene la palabra el Senador Cardona.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señor Presidente. Voy a intervenir muy brevemente para exponer y fijar nuestra posición.

Lo primero que quiero hacer es una llamada al consenso de todos los grupos, puesto que no debemos olvidar que esta proposición de ley se solapó en cierta forma con el informe de la Subcomisión sobre Estudios de la Familia, producto de tres años de trabajo y, por tanto, de una cierta trayectoria, y que en el trámite del Congreso de los Diputados se solapó totalmente, marcando el trámite del Senado. Cuando se aprobó esta ley en el Congreso, estaba aprobado el informe de la Subcomisión en la Comisión de Política Social y Empleo, pero no se había aprobado aún en el Pleno. De ahí que parecía lógico que una vez aprobado el informe de la Subcomisión del Estatuto para la Familia, se utilizara el trámite adecuado, es decir, bien vía proposición de ley o bien vía proyecto de ley, como se ha anunciado por el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, en el sentido de hacer una ley específica que modificara en todo su contexto la Ley de Protección de la Familia Numerosa, que es de 1971 y que ha sido modificada, en cierta forma, en una disposición adicional de una Ley de Presupuestos y en una Ley de Acompañamiento que sustituyó a aquel farragoso número de disposiciones adicionales de los Presupuestos consiguientes. En la Ley se especifica que se llama de acompañamiento.

Lo que ha sucedido después del trámite del Senado es que se ha abierto un abanico de posibilidades para ver quién pide más cosas. ¿Quién no se apunta a conseguir más cosas para esas familias más desfavorecidas? Sobre todo teniendo en cuenta lo que se aprobó por consenso en la Subcomisión, en el apartado 9 del capítulo VI, Políticas familiares, punto 3, de política integral de apoyo a la fami-

lia, que dice textualmente: Debe revisarse la Ley de Familias Numerosas para adecuarla a la realidad social ampliando su contenido y haciendo extensivos sus beneficios a las familias con dos hijos si uno es discapacitado, y a las familias constituidas por el o la cabeza de familia y su cónyuge cuando ambos fueran minusválidos y tuvieran un hijo.

Por tanto, de las tres enmiendas que se han presentado aquí, la número 3, del Grupo Parlamentario Popular, establece la condición de tener dos hijos, uno minusválido o incapacitado para el trabajo, y la número 1, del Grupo Parlamentario Socialista, va un poco más allá con el requisito de dos hijos pero con alguna deficiencia, minusvalía o incapacidad para el trabajo de uno de los hijos, incluyendo también a familias con un solo hijo si ambos cónyuges son minusválidos. Además, el Senador Ríos presenta otra enmienda, que nos parece muy legítima, que contempla el caso de dos hijos, si uno es minusválido, y también el caso de familias con dos hijos si uno de los padres es minusválido, pensionista o tiene incapacidad laboral absoluta.

Por lo tanto, parece que o se deja todo para una ley específica de protección a la familia, de acuerdo con el informe de la Subcomisión, o se empieza a poner parches. Nosotros no hemos presentado ninguna enmienda, en coherencia con lo que apuntaba hace un momento el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, pero la incoherencia del Grupo Parlamentario Popular es manifiesta cuando plantea una enmienda más.

En definitiva, nuestro Grupo se va a abstener en este trámite en la votación de las enmiendas, que es lo único que tenemos que votar obligatoriamente, haciendo una especie de reserva de voto en el sentido de lo que decía al principio de mi intervención: intentemos llegar a un consenso para modificar lo que nos parezca modificable, cuando lo más lógico hubiera sido utilizar otra vía de trámite parlamentario si el proyecto o la proposición de ley consensuada por los Grupos hubiera estado de acuerdo con el informe de la Subcomisión.

En consecuencia, creo que al menos he intentado justificar nuestra posición de abstenernos en la votación de las tres enmiendas, cuando sería muy fácil apuntarse a la que va a prosperar y abstenerse en las demás. Nos abstenemos en todas, precisamente en coherencia con lo que acabo de manifestar, sabiendo que en la semana que queda de hoy al Pleno podemos intentar buscar el consenso de todos los Grupos, porque en temas como éste nos parece lo más adecuado.

Y para que no se pueda decir que no hemos votado en contra ni nos hemos apuntado a lo que va a salir, nos abstenemos, sobre todo para que tenga el significado de reserva de voto para entonces, haciendo votos también —valga la redundancia— para que entre todos alcancemos un texto consensuado.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, Senador Cardona.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el Senador Zamorano.

El señor ZAMORANO VÁZQUEZ: Gracias, señor Presidente.

Recogiendo el espíritu de las palabras del Senador Cardona y entendiendo que existe la posibilidad de llegar a un texto consensuado al Pleno, el Grupo Parlamentario Socialista va a votar su enmienda y se va a abstener en el resto, siempre que esto pueda servir para llegar a un acuerdo con vistas al Pleno.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Zamorano.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Martín Iglesias.

El señor MARTÍN IGLESIAS: Gracias, señor Presidente.

Yo quería decir a los portavoces del Grupo Parlamentario Socialista y del Partido de Coalición Canaria que introducir un concepto diferente de familia numerosa puede ser, por ejemplo, contemplar el caso de una mujer que tenga la carga de dos hijos nada más, y puede ser también un concepto diferente introducir el caso de una familia con un hijo sólo cuando los padres sean minusválidos. El portavoz del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió ha expuesto muy bien la cuestión, pero yo pregunto si el asunto que se está planteando es el tipo de ayuda. En principio, creo que todos estamos de acuerdo en que, por supuesto, las ayudas se deben prestar a las familias monoparentales, que tienen unas circunstancias diferentes de las otras, pero también a las familias con minusválidos. Por tanto, si hablamos de ayudas, estamos hablando de unos servicios y unas atenciones sociales que es imprescindible dar a quienes lo necesitan, y lo mismo sucede cuando se dice: «igual tratamiento se dará a...».

Por consiguiente, el Grupo Parlamentario Popular va a votar en contra de las enmiendas presentadas por ambos grupos parlamentarios.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Senador.

Pasamos a la votación.

En primer lugar, enmienda número 1, del Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, ocho; en contra, 12; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Se procede a la votación de la enmienda número 2, de don Victoriano Ríos Pérez, del Grupo Parlamentario Mixto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, uno; en contra, 12; abstenciones, ocho.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Se procede a la votación de la enmienda número 3, del Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 13; abstenciones, ocho.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Se procede a la votación conjunta de todo el proyecto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 14; abstenciones, ocho.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada esta proposición de ley.

Una vez dictaminada, vamos a designar el señor Senador que efectuará la presentación del Dictamen ante el Pleno de la Cámara. *(Pausa.)*

Queda designado don Pedro Martín Iglesias para hacer su presentación en el Pleno.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Eran las trece horas y cuarenta y cinco minutos.