



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2000

VII Legislatura

Núm. 29

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 2

celebrada el martes, 13 de junio de 2000

Página

ORDEN DEL DÍA:

Ratificación de la celebración de las comparencias acordadas por la Mesa y los portavoces de la Comisión en su reunión de 30 de mayo de 2000.

Aprobación de la delegación a favor de la Mesa a la que hace referencia la Resolución de la Presidencia de la Cámara de 2 de noviembre de 1983, en relación con el artículo 44 el Reglamento del Congreso de los Diputados. (Número de expediente 042/000002).

Comparencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Villalobos Talero) para informar sobre:

— Las líneas generales de la política de su Departamento. A petición propia. (Número de expediente 214/000013.)

444

	Página
— Las líneas generales de la política de su Departamento. A solicitud del grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000026.)	444
— Objetivos de su Departamento en la VII Legislatura. A solicitud del Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 213/000039.)	444
— Prioridades y políticas que piensa impulsar en relación a las materias vinculadas a dicha Comisión durante la VII Legislatura. A solicitud del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 213/000053.)	444

Se abre la sesión a las diez de la mañana.

RATIFICACIÓN DE LA CELEBRACIÓN DE LAS COMPARECENCIAS ACORDADAS POR LA MESA Y LOS PORTAVOCES DE LA COMISIÓN EN SU REUNIÓN DE 30 DE MAYO DE 2000.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos.

Damos comienzo a la primera sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo y, como primer punto, quiero someter a la consideración de SS.SS. la ratificación de las comparecencias acordadas por la Mesa y portavoces de la Comisión en la reunión que mantuvimos el 30 de mayo pasado. Es preceptivo que la Comisión en pleno ratifique este orden del día y, como verán a continuación, someteremos también a su aprobación y acuerdo el segundo punto.

¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**)

APROBACIÓN, EN SU CASO, DE LA DELEGACIÓN EN FAVOR DE LA MESA, A LA QUE HACE REFERENCIA LA RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA CÁMARA, DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (Número de expediente 042/000002.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, aprobación, en su caso, de la delegación en favor de la Mesa, a la que hace referencia la resolución de la Presidencia de la Cámara, de 2 de noviembre de 1983, en relación con el artículo 44 del Reglamento del Congreso de los Diputados. En la misma reunión del 30 de mayo, la Mesa y los portavoces acordamos que esta delegación, destinada a que la Mesa pueda aceptar la celebración de comparecencias sin necesidad de convocar la Comisión, incluyese la salvedad de que, si no había unanimidad entre sus miembros, el acuerdo quedase avocado por la Comisión.

En estos términos, ¿autoriza la Comisión la delegación en favor de la Mesa para acordar dicha celebración? (**Asentimiento.**)

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (VILLALOBOS TALERO) PARA INFORMAR SOBRE:

— **LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000013.)**

— **LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000026.)**

— **OBJETIVOS DE SU DEPARTAMENTO EN LA VII LEGISLATURA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 213/000039.)**

— **PRIORIDADES Y POLÍTICAS QUE PIENSA IMPULSAR EN RELACIÓN CON LAS MATERIAS VINCULADAS A DICHA COMISIÓN DURANTE LA VII LEGISLATURA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ.) (Número de expediente 213/000053.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto del orden del día, celebración de comparecencias.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida a la excelentísima señora ministra de Sanidad y Consumo en su primera comparecencia ante esta Comisión, deseándole que transcurra, como ha sido norma habitual aquí, por cauces de diálogo, normalidad, consenso y generosidad en los tiempos por parte de los miembros de la Mesa. Tenemos el acuerdo tácito de ser generosos hoy hasta un límite dentro de los cauces de la normalidad y, puesto que intervendrán todos los grupos, quisiera pedirles que no abusen de esa generosidad y que se sometan a

unos tiempos razonables contando con dicha flexibilidad.

Sin más, doy la palabra a la ministra de Sanidad y Consumo. Cuando quiera, señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Muchísimas gracias, señor presidente.

Señorías, en esta mi primera comparecencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, quiero en primer lugar y tras transmitirles mis saludos ponerme a su entera disposición. Quiero que vean en esta frase no una expresión retórica propia del caso sino la formulación exacta de un sentimiento profundo. Soy diputada desde el año 1986 y estoy orgullosa de que esta sea ya la quinta legislatura en que mis conciudadanos hayan querido situarme en esta institución, representación máxima de la soberanía nacional. He sido durante casi diez años diputada del principal grupo de la oposición y durante los últimos cuatro diputada del principal grupo parlamentario que apoya al Gobierno. Ahora, mi condición de ministra no me hace olvidar ni por un momento mi condición de diputada. Creo conocer bien las reglas del juego. Estoy aquí compareciendo ante ustedes como miembro del Ejecutivo, porque esa es mi obligación. El papel de control del Gobierno es una de las esencias de esta casa en razón de la soberanía que representa. Es una función que he exigido y practicado cuando estaba en la oposición y no tengo la menor duda de que voy a hacer cuanto esté en mi mano para que todos y cada uno de ustedes puedan desarrollarla con la mayor eficacia.

Les decía que estoy compareciendo ante ustedes porque es mi obligación, pero créanme cuando les digo que es una grata obligación. De alguna forma, esta es mi casa, este es mi trabajo y esta es mi vocación, de tal manera que por encima de las lógicas e incluso necesarias discrepancias que puedan surgir entre nosotros, les pido que vean en mí una compañera más que circunstancialmente tiene, además, otro papel que desarrollar. Por tanto, quiero manifestarles mi más sincero deseo de que esta legislatura sea un período de amplia colaboración con todos y con cada uno de ustedes. Vaya por delante no sólo mi incondicional disposición sino la de todos los altos cargos de mi departamento a comparecer ante esta Comisión cuantas veces sea necesario si ustedes lo estiman oportuno.

Señorías, sé que el orden habitual y lógico en una comparecencia de este tipo es la exposición en una primera parte de los objetivos prioritarios y metas que se propone abordar el departamento, para pasar en una fase posterior a exponer las formas y los modos, los métodos por los que se dispone a alcanzarlas. Permítanme en este caso trastocar el orden de los factores y comenzar por el método. Quiero así establecer lo que para mí representa una clara prioridad. En este sector, en las actuales circunstancias, tanto o más importante

que el qué hacer es el cómo han de hacerse las cosas. Creo que la salud de los españoles es una tarea de todos, que a todos nos preocupa y nos concierne, que a todos nos atañe, y creo también que en lo básico y en lo fundamental estamos de acuerdo: cómo hacer posible que todos los españoles puedan ejercitar de forma real y en las mejores condiciones su derecho a la protección de la salud, reconocido como uno de los derechos fundamentales en nuestra Constitución. Pienso que la protección de la salud de los españoles debe estar por encima de los enfrentamientos partidarios, de los triunfalismos autocomplacientes o de la demagogia. Soy consciente de que este es un sector complejo, donde conviven distintos intereses que incluso a veces pueden aparecer como contradictorios; pero hay un interés al que todos los demás tienen que estar supeditados: el interés del ciudadano que, sea cual sea su condición, debe tener garantizada una asistencia sanitaria asequible y de calidad. Poniendo este objetivo como norte y guía de nuestras actuaciones debemos buscar las fórmulas más adecuadas para consolidar y hacer más eficaz el sistema y no conozco mejor método que la implicación de todos mediante el análisis conjunto, el debate, la negociación y la búsqueda de acuerdos. Esa es la fórmula que me propongo impulsar desde mi departamento.

Al Gobierno de España le apoya una sólida mayoría parlamentaria, pero la legitimidad que eso le otorga no le confiere más dosis de razón. Las reformas más duraderas y por ende más eficaces son aquellas que han alcanzado en su elaboración y desarrollo un alto grado de consenso. Por eso he anunciado ya —y lo planteo hoy aquí de forma explícita— mi intención de impulsar un pacto de la sanidad. En los 45 días que llevo en el cargo he tenido la ocasión de plantear este tema a los portavoces parlamentarios de los distintos grupos, a los consejeros de Sanidad de todas las comunidades autónomas, a los representantes de los colegios profesionales, a los de los sindicatos y a las organizaciones empresariales del sector, y en principio la respuesta ha sido profundamente positiva.

Esta legislatura tiene unas circunstancias muy distintas de las que condicionaron la anterior. Creo que debemos y tenemos la obligación de aprovecharlo, nos lo exigen unas nuevas realidades que avanzan de forma inexorable. La evolución demográfica en España hace que el número de españoles que por razones de edad demandan una mayor asistencia sanitaria sea cada vez más alto. Un solo dato: en los últimos diez años, el número de españoles con 65 años y más ha aumentado en 1.350.000, que representa un 25 por ciento de crecimiento. O buscamos entre todas las fórmulas para adaptar el sistema a estas nuevas realidades o entrará en crisis.

La finalización del período de vigencia del actual sistema de financiación de la sanidad pública el año próximo y el proceso de transferencia de competencias

en la gestión sanitaria a las comunidades autónomas que aún no lo tienen refuerzan la necesidad de ese pacto. Quiero que se me entienda bien. Lo que debe buscar ese pacto no es la sustitución o el derribo del Sistema Nacional de Salud sino su adaptación, su mejora y su consolidación. Tras más de veinte años de vida democrática y con catorce años de vigencia de la Ley General de Sanidad, creo que todos nos hemos descargado de prejuicios apriorísticos; por eso las circunstancias son hoy más propicias para el entendimiento. A la búsqueda del mismo les convoco y les invito.

Señorías, España va a afrontar en los próximos años del siglo un reto histórico, situándose en los niveles de riqueza y bienestar social de los países más avanzados de Europa. Esto nos va a exigir un gran esfuerzo solidario, porque tanto en términos de renta per cápita como en tasas de ocupación o desempleo, inversiones en investigación y desarrollo o incorporación masiva de la mujer a la vida social y laboral, por poner sólo unos ejemplos, todavía son amplias las distancias que nos separan de esos países; las hemos acortado en los últimos años, pero todavía son amplias. Sin embargo, en materia de salud nuestra posición es perfectamente homologable, cuando no mejor, que la de otros países punteros de la Unión Europea. No es cuestión de cansarles con una serie de indicadores que ustedes conocen tan bien como yo; quizás, por reciente, proceda citar el informe de la Organización Mundial de la Salud, que sitúa a España como quinto país del mundo con mayor esperanza de vida sana, precedida de Europa sólo por Francia y Suecia. Es evidente que la salud de la población está influida por factores que poco tienen que ver con la actividad sanitaria: los hábitos alimentarios, la famosa dieta mediterránea, el clima, el estilo de vida o el grado de cohesión familiar y social, etcétera. Esa es una suerte que nos viene dada y que, en lo que está en nuestras manos, debemos preservar. Pero sin una asistencia sanitaria generalizada y eficaz, por muchos factores socioambientales favorables que tuviéramos, sería imposible haber alcanzado esas posiciones de privilegio en comparación con el resto de los países del mundo. España dispone de un buen nivel de equipamiento, de unos magníficos equipos profesionales y de una asignación de recursos públicos que aunque no del todo suficiente, permite disfrutar a los españoles de una asistencia sanitaria de calidad. Por tanto, en materia de salud no tenemos que acortar distancias con los países más avanzados, pero sí que mejorar posiciones día a día en los niveles de calidad asistencial. Si los españoles viven más, nuestro objetivo debe ser que el sistema les ayude a vivir mejor.

Sus señorías estarán de acuerdo conmigo en que tenemos un sistema de salud que necesita ciertas mejoras que, sin afectar a sus bases fundamentales definidas en la Ley General de Sanidad, permitan avanzar en ciertos aspectos de organización, de gestión, de calidad, de cooperación territorial y de garantías a los ciu-

dadanos en la provisión de los servicios; un Sistema Nacional de Salud que responda con eficacia y calidad a las demandas y necesidades; un Sistema Nacional de Salud en el que nuestros profesionales, como principal activo y motor de la asistencia sanitaria, recuperen el papel fundamental que les corresponde, recuperen la ilusión por la labor que, llena de vocación y entrega, realizan, y, para ello hemos de ser capaces de poner a su alcance todos los instrumentos necesarios para que se sientan motivados; un Sistema Nacional de Salud en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolle de una forma efectiva la función de coordinación que le corresponde para garantizar la cooperación de todos.

Nos queda camino por recorrer, quedan aún pendientes algunas metas para consolidar y modernizar el Sistema Nacional de Salud, pero estoy convencida de que haciendo del diálogo político y social una práctica habitual se conseguirá la cooperación activa de todos cuantos tenemos responsabilidad o estamos vinculados al mundo de la sanidad y de que, merced a dicha cooperación, podremos alcanzar dos grandes objetivos en esta legislatura: lograr un sistema de servicios de salud cohesionado y solidario, en el que no existan fallas o carencias que posibiliten situaciones de exclusión o discriminación en algo tan sensible como la salud de las personas, y avanzar en el proceso de transferencias a las comunidades autónomas.

Como SS.SS. saben, las comunidades autónomas del territorio gestionado actualmente por el Insalud han modificado ya sus estatutos de autonomía estando, por tanto, en condiciones de recibir las competencias correspondientes a la gestión de la asistencia sanitaria. Por ello vamos a impulsar de manera decidida la culminación del proceso de descentralización mediante una negociación con cada una de las administraciones autonómicas que permita alcanzar el acuerdo de traspaso que deberá ser necesariamente ratificado en el seno de las comisiones mixtas de transferencias. Aunque nuestra voluntad en este sentido está absolutamente decidida, nadie puede desconocer que el traspaso de los servicios hoy a cargo del Insalud es complejo, por el importante volumen de recursos económicos que implican estas transferencias sanitarias y que suponen más de un billón seiscientos mil millones de pesetas; porque a partir de los numerosos documentos técnicos que se manejan es imprescindible el diálogo y el consenso con los representantes autonómicos para materializar cuantos aspectos comportan la transferencia, y porque el proceso transferencial deberá ser negociado considerando el marco del sistema de financiación que se adopte para el próximo cuatrienio, ya que el actual, 1998-2001, se encuentra en su recta final. En este sentido, puedo adelantar a SS.SS. que vamos a iniciar los trabajos pertinentes a tal efecto.

En todo caso, queremos alcanzar la suficiencia financiera del sistema teniendo en cuenta la prioridad que necesariamente tiene la salud y la necesidad de ase-

gurar la cohesión y la solidaridad interterritorial. Tendremos que pedir la corresponsabilidad de las administraciones autonómicas en el cumplimiento de la disciplina presupuestaria, sin perjuicio de que, en base a las competencias que establecen los estatutos de autonomía, los posibles ahorros conseguidos por mejoras en la gestión puedan destinarse a cubrir otras necesidades sanitarias. Estas y otras cualesquiera orientaciones en materia de financiación sanitaria queremos que estén acompañadas de un constante y directo diálogo con las administraciones autonómicas.

Señorías, la culminación del proceso de descentralización del sistema sanitario va a configurar un nuevo marco en el que la cooperación y la coordinación territorial requiere un reforzamiento del papel del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por ello pretendo potenciar este órgano como foro permanente de comunicación e información de todos los servicios de salud de las comunidades autónomas. Una prueba de nuestro propósito son los acuerdos alcanzados en el seno de dicho Consejo interterritorial el pasado 6 de junio, donde se llegó a un consenso de los representantes de todas las comunidades autónomas. En este acuerdo, sobre las listas de espera, el Consejo interterritorial de Salud expresó con rotundidad la necesidad de promover e instrumentar la colaboración entre las administraciones sanitarias para conseguir la máxima rentabilidad social de los recursos públicos; asumir compromisos para analizar la organización de la actividad quirúrgica en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud para adoptar en su caso las acciones necesarias para incrementar la actividad, entre otras medidas, mediante el fomento de la cirugía mayor ambulatoria, la mejora de los rendimientos en jornada de mañana y la apertura de quirófanos por la tarde, y asimismo se acordó constituir un grupo de trabajo formado por expertos que elaborarán las propuestas técnicas para la implantación, consolidación y seguimiento de los criterios de actuaciones contenidas en dicho acuerdo; la necesidad de garantizar una mejora de la efectividad con un uso adecuado de los recursos, fundamentada en la medicina basada en la evidencia y orientada a garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, aconsejando que se establezcan criterios explícitos de indicación clínica, de inclusión y priorización en las listas de espera, abordando a medio plazo las relativas a consultas y medios diagnósticos; la participación de las sociedades científicas para establecer criterios clínicos de indicación e inclusión en lista de espera para definir los criterios de priorización clínica para una misma patología y entre patologías diferentes y para proponer tiempos máximos de espera por patologías; analizar los factores que intervienen en la génesis de las listas de espera y realizar propuestas de mejoras organizativas que contribuyan a esa resolución; a ser posible, la libre elección de hospital, comenzando

por intervenciones relacionadas con procesos de alta complejidad y prioridad clínica.

Yo quiero agradecer —y acabo de terminar de leer el texto exacto del acuerdo conseguido el 6 de junio por las comunidades autónomas en el seno del Consejo— la actitud absolutamente dialogante de todos los consejeros, con una postura de búsqueda de soluciones conjuntas para un problema que es de todos. Creo que este acuerdo es un paso muy importante y al mismo tiempo una muestra de que es posible consensuar todas las acciones relacionadas con la promoción de la salud. Esta va a ser mi intención durante estos cuatro años.

También guarda relación en cuanto les estoy señalando la reciente creación de la Dirección General de Planificación Sanitaria. Es este un instrumento de primer orden para la permanente modernización y eficacia en la gestión del Sistema Nacional de Salud y para que se tengan en cuenta con la necesaria antelación realidades emergentes que van a condicionar nuestro futuro sanitario. Entre ellas querría destacar el envejecimiento de la población; la aparición de nuevos factores epidemiológicos; el avance de las nuevas tecnologías y de la investigación científica; la movilidad geográfica; el proceso de armonización de derechos en el seno de la Unión Europea; las nuevas formas de organización social y familiar como consecuencia de la mayor presencia de la mujer en la vida activa; el papel de las personas que tienen algún tipo de discapacidad o minusvalía o el fenómeno de la inmigración.

Por lo que se refiere a la atención sociosanitaria vamos a propiciar la constitución de un foro en el que se cuente no sólo con la colaboración de otros departamentos ministeriales, sino también y de modo especial con las comunidades autónomas y con la Federación Española de Municipios y Provincias. El fenómeno de la soledad, las familias monoparentales, la atención hacia las personas mayores en su propio hogar, la cooperación con quienes tienen en su familia personas que padecen alguna discapacidad física o psíquica, el Alzheimer y otras formas de demencia senil son otros tantos campos de actuación en este terreno que van a exigir dedicación e imaginación. Habrá que buscar fórmulas organizativas en las que humanización, nuevas tecnologías, gestión adecuada de centros e instalaciones, preparación de nuevas profesiones y dimensionamiento de los costes serán otros tantos retos y otras tantas realidades y conquistas sociales.

Dentro de este apartado quiero hacer una especial referencia a las actuaciones previstas en el campo de atención a la mujer. Como SS.SS. conocen bien, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres. Sin embargo, estos años de más vienen a menudo condicionados por enfermedades crónicas y degenerativas, pérdida de autonomía y discapacidad. Por eso los problemas sanitarios que afectan a las mujeres deben ser objeto de particular atención, especialmente las enfermedades coronarias, el cáncer ginecológico

gico, la menopausia y la depresión. Por ello vamos a impulsar los programas preventivos, el diagnóstico precoz y el tratamiento frente a estas enfermedades y patologías. Otro de los problemas de mayor incidencia en la mujer, en este caso de la mujer joven, son la anorexia y la bulimia. Para hacer frente a estos importantísimos problemas sanitarios y sociales, además de las acciones ya en marcha, se van a desarrollar programas de detección precoz y atención a los trastornos de la conducta alimentaria a través de protocolos de actuación conjunta en los niveles primarios y especializados de la atención sanitaria. Vamos a intensificar la labor de los farmacéuticos en las oficinas de farmacia extremando el control en la dispensación de anorexígenos, laxantes, diuréticos y productos dietéticos. De otra parte y por lo que respecta a los malos tratos, vamos a seguir colaborando con otros departamentos ministeriales, comunidades autónomas y demás agentes sociales en el establecimiento de líneas de trabajo y en el desarrollo de protocolos para la atención sociosanitaria de la mujer, de los ancianos y de los niños víctimas de este terrible problema que toda la sociedad repudia.

Otro aspecto de especial interés lo constituye la donación y el trasplante de órganos. Las actuaciones que se están siguiendo en estos momentos por la Organización Nacional de Trasplantes están produciendo magníficos resultados. Por lo tanto, en términos generales, las iniciativas para el futuro no pueden ser otras sino continuar el esfuerzo para incrementar las donaciones de órganos.

En el ámbito del Insalud, durante el período que resta hasta la culminación del proceso de transferencias, se extenderá la fórmula de gestión a los equipos de atención primaria ampliando el número de centros de salud con horarios de mañana y tarde. Se ampliarán las dotaciones de unidades de apoyo en los centros de salud, en fisioterapia, salud buco-dental y pediatría en las zonas rurales con bajo nivel de población infantil. Se potenciará la cirugía menor ambulatoria, la atención domiciliaria con equipo de soporte, en especial para enfermos crónicos, desarrollándose el programa de cuidados paliativos. Se seguirá mejorando la atención especializada, potenciando la coordinación con la atención primaria para lo que se aprovecharán las posibilidades de las nuevas tecnologías de la información y comunicación como las videoconferencias y la transmisión de imágenes y datos electrónicos. Se seguirán impulsando las alternativas a la hospitalización clásica como son los centros y hospitales de día y la cirugía mayor ambulatoria. Se ampliarán en horario de tarde las actividades en consulta, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Estableceremos el sistema de ventanilla única y planes de acogida para los pacientes en hospitales. Se extenderán los servicios del 061 a todas las comunidades autónomas. En atención hospitalaria vamos a hacer un esfuerzo por mejorar todos los hospitales de la red, especialmente en lo referente a la

efectividad de los mismos, la mejora de los procesos, la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios, los desarrollos tecnológicos adecuados y en todo lo relacionado con las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. En este sentido, estamos negociando un acuerdo con el Ministerio de Ciencia y Tecnología para desarrollar todos estos procesos. Seguiremos invirtiendo en los recursos asignados para avanzar en la corrección de los desequilibrios territoriales y, al mismo tiempo, se mantendrá al día el equipamiento tecnológico. Seguiremos mejorando la equidad del sistema acortando los tiempos para intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas.

Como les señalaba al inicio, quiero que la calidad sea la seña de identidad del sistema y para ello la Dirección General de Planificación Sanitaria, el Consejo interterritorial y el Instituto de Salud Carlos III van a dedicar tiempo y recursos para una nueva puesta a punto del conjunto de prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud. Vamos a estar muy atentos a las experiencias internacionales y a las que se han generado en nuestro propio país y vamos a intentar estandarizar indicadores que todos podamos compartir para que los ciudadanos se sientan cada vez más identificados y más satisfechos con nuestro Sistema Nacional de Salud. Tenemos un sistema que, pese a determinadas dificultades e imperfecciones, cuenta con una de las más altas valoraciones por parte de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a la organización de centros y hospitales, vamos a impulsar la introducción de nuevas formas de gestión, desde criterios de flexibilidad y huyendo de cualquier dogmatismo organizativo. Lo más importante deben ser los resultados, en términos de equidad, calidad y eficiente gestión de los servicios, criterios que estarán, en todo caso, presentes a la hora de implantar las mejores soluciones. Soy sensible a la valoración de los logros que se hayan podido conseguir en los distintos ámbitos territoriales y a poner encima de la mesa también nuestras propias experiencias para, entre todos, buscar las fórmulas que mejor se adecuen a cada caso.

Dada la importancia de la investigación como motor del desarrollo y del bienestar social, se seguirán mejorando los medios y la dotación del Instituto de Salud Carlos III, y dentro de él, de la Escuela Nacional de Sanidad para reforzar su labor como órgano de apoyo científico-técnico del Sistema Nacional de Salud. Para ello, entre otras medidas, se va a poner a pleno rendimiento el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y se va a continuar con la labor realizada para la constitución del Instituto de Investigaciones Cardiovasculares. Prestaremos la atención debida a la medicina molecular, otra de las posibles revoluciones silenciosas de nuestro tiempo. La genética molecular cambiará en las próximas dos décadas la forma que tenemos de entender y practicar la medicina, la predic-

ción de la enfermedad, nuevas posibilidades diagnósticas y nuevas alternativas terapéuticas; por ello impulsaremos la investigación básica y aplicada en este campo estableciendo un estricto control en el uso de protocolos clínicos.

El Ministerio de Sanidad se propone conceder una especial prioridad a la implantación de las tecnologías de la información y comunicación con objeto de conseguir un funcionamiento interno más eficiente y mejorar la relación con los beneficiarios de los servicios de salud. En especial, el Ministerio de Sanidad colaborará estrechamente con el Ministerio de Ciencia y Tecnología en las actividades siguientes: el desarrollo de proyectos de tecnología e innovación en materia de telemedicina, con el fin de mejorar el acceso a los recursos sanitarios en todos los puntos del territorio, y de teleasistencia, que permita la asistencia sanitaria a domicilio de los enfermos crónicos y de las personas mayores; el desarrollo de sistemas de información destinados a la mejora de la gestión en las áreas de salud, que permitan el almacenamiento y acceso, en forma electrónica, de los historiales clínicos y que faciliten la asignación de recursos de asistencia sanitaria y de diagnóstico; el desarrollo de aplicaciones que faciliten la explotación de una potente red nacional de salud pública en la que la información de carácter epidemiológico de técnicas sanitarias sobre tratamientos avanzados, etcétera, esté a disposición, de una forma sencilla, de todos los organismos y profesionales relacionados con la salud en España; se desarrollarán sistemas de gestión del conocimiento, motores de búsqueda, sistema de expertos, que optimicen el acceso a la información; el desarrollo y la puesta en marcha de la receta médica electrónica, como herramienta de gestión de las prescripciones y del consumo farmacéutico. En todas estas actividades resulta clave la colaboración con las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas y con los diferentes organismos que componen el Sistema Nacional de Salud. Los resultados obtenidos de este conjunto de actividades de desarrollo constituirán la base para un ambicioso conjunto de objetivos de implantación de la sociedad de la información en la sanidad española. También está la puesta en marcha del Intranet en todas las áreas de salud española, a las que se podrán conectar todos los agentes implicados, incluidos los profesionales de la sanidad. En estas redes se integrarán las historias clínicas, la gestión interna de los servicios sanitarios y la intercomunicación entre unidades y profesionales. Otras actividades serán la implantación del sistema de tramitación e información de Internet en cada área de salud, para que haciendo uso del mismo los ciudadanos puedan concertar citas, recibir información sanitaria, etcétera; la puesta en marcha de una red nacional de salud pública que interconecte el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto Nacional de Epidemiología y otros organismos dependientes del Ministerio de Sanidad con los correspondientes organismos de las

comunidades autónomas, con objeto de realizar seguimientos epidemiológicos e intercambiar información de interés para la sanidad y la salud pública. Queremos que todos los ciudadanos españoles, con independencia de la comunidad autónoma en la que residan o en la que se encuentren, tengan una forma de identificación propia de los tiempos en que vivimos, y ello porque en el siglo XXI, en la sociedad de la información, parece más que necesario disponer de una tarjeta de identificación compartida con las comunidades autónomas y con el conjunto del sistema de protección social de España que sirva como llave de entrada a los sistemas de información.

Otro de los temas que a todos los que tenemos responsabilidades en la sanidad nos preocupa es el gasto público farmacéutico. En España continúa siendo una de las variables que más presionan sobre el gasto sanitario total, provocando tasas de crecimiento superiores a las variaciones del producto interior bruto nominal. Tenemos que marcarnos como objetivo frenar el crecimiento del gasto sanitario sin poner en riesgo la calidad de la asistencia. Soy consciente de que este objetivo no es fácil de conseguir, ya que debe estar en sintonía con el necesario estímulo a la investigación e innovación farmacéutica y con el desarrollo y consolidación de este sector productivo en nuestro país. No obstante, seguiremos trabajando por la racionalización en el uso del medicamento, con una política en la que la prestación por este concepto siga siendo de la máxima calidad, pero de forma que se atemperen sensiblemente los incrementos de costes que, dentro del gasto sanitario, representa el gasto farmacéutico. Sabemos que para la racionalización del gasto farmacéutico no basta con medidas en la distribución o en la dispensación; habrá que contemplar también otras cuestiones, como la promoción publicitaria o la extensión de la política de genéricos. Para esta última, el desarrollo del sistema de precios de referencia será una herramienta fundamental. Nos proponemos mantener un diálogo continuo y fluido con las industrias farmacéuticas, los almacenes de distribución y las oficinas de farmacia con el fin de propiciar un marco estable que garantice, junto con la moderación del crecimiento del gasto farmacéutico, los legítimos intereses de los sectores afectados. Por supuesto, un diálogo de esta naturaleza también se desarrollará con los médicos, factores esenciales en la racionalización del gasto farmacéutico. Sin una decidida colaboración de los mismos en esta materia nada será posible.

Señorías, uno de los aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud son los recursos humanos. Ellos son nuestro principal activo y el elemento estratégico fundamental para el buen funcionamiento de la sanidad. Tenemos más de 50 colectivos diferentes, cada uno con sus características y peculiaridades propias de la labor y función que realizan. Por ello y por razón del tiempo de que dispongo, voy a exponer únicamente lo

que me parece más destacable según las líneas previstas. Vamos a impulsar la ordenación de las profesiones sanitarias y la elaboración y aprobación de un marco común en el que se establezcan las condiciones del ejercicio profesional en el Sistema Nacional de Salud. Tenemos que profundizar en un nuevo modelo de relaciones profesionales mediante un proceso de negociación con todos los agentes y sectores, bajo unas directrices claras que tendrían, entre otros, los siguientes objetivos operativos: mejorar el régimen de dedicación, promover los incentivos a la actividad, a la formación y a la calidad; en definitiva, queremos impulsar la política de recursos humanos dentro del sistema haciendo uso de la motivación de los profesionales y de la voluntad permanente de cualificación y formación, notas constantes en todas nuestras actuaciones.

En el ámbito de la formación especializada, el prestigioso y prestigiado sistema MIR, nuestras actuaciones van a ir dirigidas en cuatro frentes fundamentales. En primer lugar, dedicación intensa a los problemas que hoy existen de desajustes entre la formación pre y posgraduados, que se ha traducido en bolsas de paro y frustraciones profesionales. A tal fin, la colaboración con el mundo universitario y con el Ministerio de Educación, así como con las autoridades competentes de las comunidades autónomas, será una herramienta indispensable. Entre todos deberemos realizar un ejercicio de responsabilidad a la hora de ordenar el ingreso en las profesiones sanitarias; asimismo, deberemos realizar los esfuerzos precisos para facilitar la formación posgrado, cumpliendo las normas comunitarias y haciéndolo con sensibilidad para tratar de evitar dificultades a la hora de tener oportunidades reales de empleo; por ello estamos dispuestos a hablar con todos los colectivos interesados. En segundo lugar, es imprescindible que los contenidos de las especialidades, así como las formas y los programas de la formación continuada, se adecuen a las necesidades de los nuevos tiempos. Para ello habrá que trabajar en común con el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y con las comisiones nacionales correspondientes. En tercer lugar, perfeccionaremos el proceso de evaluación de la formación especializada, resaltando el papel que en la misma deben jugar las comisiones de docencia y los tutores, potenciando las auditorías docentes de centros hospitalarios y servicios, así como la evaluación externa.

Señorías, en la nueva estructura con la que se ha dotado el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la creación de la Dirección General de Salud Pública y Consumo se ha plasmado de manera formal la necesidad de hacer frente a los nuevos riesgos que están apareciendo a través del consumo en el ámbito de la salud. Por ejemplo, la seguridad alimentaria es una demanda legítima de los consumidores. El consumidor no admite, como es lógico, que un hecho tan natural, una necesidad tan vital como es alimentarse entrañe más riesgos

que cualquier otra actividad de su vida diaria, y rechaza igualmente cualquier tipo de fraude. La seguridad en el consumo de alimentos tiene que gestionarse como una prioridad absoluta para el ciudadano consumidor, que además debe tener la constancia y seguridad de que se trabaja para él. Queremos adelantarnos en el cumplimiento de nuestros compromisos comunitarios con la creación de una agencia de seguridad alimentaria y lo queremos hacer en colaboración con todos los sectores interesados y en sintonía con las líneas que orientarán la futura agencia europea de la seguridad alimentaria. La promoción y protección de la salud de los españoles puede mejorarse controlando los factores ambientales que determinan la salud. En este sentido, además de mantener, perfeccionar y completar los sistemas de información epidemiológica existentes, se potenciará la red nacional de vigilancia, inspección y control de productos químicos y se impulsará el sistema de intercambio rápido de información entre ese departamento y las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, a fin de lograr los niveles de eficacia, rapidez y agilidad imprescindibles.

Vamos a impulsar de manera decidida y en coordinación con las comunidades autónomas y organismos internacionales la lucha contra las enfermedades infecciosas, favoreciendo el desarrollo de iniciativas como los tratamientos directamente observados para la tuberculosis o el desarrollo de nuevas vacunas. Asimismo considero de gran importancia desarrollar programas y acciones que contribuyan a una educación y cultura que faciliten la prevención de las enfermedades y que potencien usos y hábitos favorables a la salud. Se impulsarán las actividades de promoción de la salud y de prevención de los factores de riesgo, con especial atención a la disminución del consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en el sector de los jóvenes, mediante campañas informativas, potenciando la educación para la salud e incorporando a nuestro ordenamiento jurídico las directivas comunitarias que regulan estas materias. Seremos decididos en actuaciones de carácter preventivo en las siguientes áreas prioritarias: cardiovascular, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tráfico y enfermedades profesionales. Una acción de singular importancia será, dentro de este ámbito, la defensa y promoción de la salud laboral y ambiental. Para ello potenciaremos la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo y colaboraremos activamente con las organizaciones sindicales y empresariales y con las autoridades laborales y autonómicas para luchar contra los accidentes de trabajo y sus secuelas para la salud, así como contra cualquier manifestación de las enfermedades profesionales.

El Instituto de Salud Carlos III y el Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo tendrán que aunar sus proyectos para ser más útiles en esta tarea. Soy consciente de que la falta del médico de trabajo y la insuficiente dotación de estos profesionales y de la enferme-

ría especializada en este terreno nos va a obligar a buscar soluciones con la mayor urgencia en cooperación con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Señorías, no quiero omitir una referencia al problema del sida. Afortunadamente, las medidas de prevención adoptadas están dando resultados satisfactorios. Aun siendo conscientes de que el sida continúa como un gran problema de salud pública, hemos de reconocer que el esfuerzo realizado en nuestro país en materia de prevención ha permitido una inversión en la tendencia en la aparición de nuevos casos. Así, en el año 1994 se registraron 7.267 casos nuevos y fue el año de mayor incidencia; en 1998 el número se redujo a 3.521 casos y el pasado año el número de casos no llegó a 3.000. Vamos a insistir en los programas de prevención de la transmisión y reducción de riesgos asociados al uso de drogas por vía intravenosa y vamos a elaborar un nuevo plan de movilización multisectorial para el período 2001-2005 que será consensuado también con las diferentes administraciones y agentes sociales que están trabajando en esta área.

Para mí, señorías, los temas de consumo tienen una gran importancia. Ya señalé en mi toma de posesión que consideraba el segundo apellido del Ministerio del mismo rango y trascendencia que el primero. En una sociedad globalizada, en la que progresivamente van desapareciendo las fronteras, en la que el comercio de bienes y servicios ha adquirido una dimensión supranacional, garantizar los derechos de los consumidores constituye una acción política de primer orden. Dicho de otra forma, no es posible tener una economía sana y competitiva sin un consumidor exigente, bien informado y que conoce y hace valer sus derechos. Señorías, consumidores lo somos todos. Por ello, nos proponemos incrementar el nivel de protección de los consumidores, reforzar el sistema de derechos y garantías de los usuarios de bienes y servicios y, en definitiva, conseguir una mayor participación y protagonismo de los ciudadanos. Todo ello, como es lógico, en el marco de lo establecido en la Unión Europea y en el propio reparto de competencias entre los diferentes niveles de la Administración española. En consecuencia, quiero impulsar en primer lugar el papel del Instituto Nacional de Consumo como órgano de apoyo a las comunidades autónomas, ayuntamientos y organizaciones de consumidores y usuarios. En segundo lugar, colaborar en el desarrollo de las medidas y líneas de trabajo ya previstas y aprobadas entre el Estado y las administraciones autonómicas en el Plan estratégico de protección al consumidor para el período 1998-2001, actualizado recientemente con el Plan de acción sobre política de los consumidores 1999-2000 adoptado por la Comisión Europea.

Señorías, como resumen a lo señalado en esta comparecencia, la política sanitaria y de consumo del departamento podría resumirse en las siguientes líneas de trabajo y objetivos: La negociación de un pacto por

la sanidad que venga a hacer posible la cooperación activa de todos a la hora de resolver los problemas que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud; culminar el proceso de transferencias; hacer de la planificación sanitaria un instrumento de primer orden para la permanente modernización y eficacia en la gestión del Sistema Nacional de Salud; la negociación de un acuerdo económico para seguir consolidando una financiación suficiente y razonable del Sistema Nacional de Salud; el impulso a la política de recursos humanos dentro del Sistema, haciendo de la motivación de los profesionales y de la voluntad permanente de formación y cualificación una norma constante en todas nuestras actuaciones; contener el crecimiento del gasto farmacéutico y potenciar los programas de uso racional del medicamento.

Hay, pues, una agenda densa para trabajar juntos durante estos cuatro años. Trabajar juntos dialogando en el Congreso de los Diputados. Trabajar juntos con las comunidades autónomas, en especial en el seno del Consejo interterritorial. Trabajar juntos con los interlocutores sociales y en general con los distintos representantes de la sanidad y de los consumidores y usuarios. Trabajar juntos para mejorar el Estado del bienestar y la protección social de los ciudadanos. El diálogo que ofrecemos es un diálogo abierto, un diálogo que no tiene más límites que el bienestar de los ciudadanos y el cumplimiento de los mandatos constitucionales.

Señorías, agradezco la atención que me han dedicado y a partir de este momento quedo a su disposición para cuantas preguntas o aclaraciones quieran plantearme.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora ministra. Como saben SS.SS., el Reglamento contempla un receso por un tiempo prudencial para que los distintos portavoces organicen sus datos y sus fichas para el debate posterior. Así pues, si les parece, vamos a interrumpir la Comisión por un tiempo de cinco minutos.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego ocupen sus escaños.

Como saben SS.SS., por el orden del día que obra en su poder, esta comparecencia de la señora ministra tiene lugar a petición propia y a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, del Grupo Parlamentario Mixto y del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió.)

Según la costumbre y de acuerdo con el Reglamento, tiene la palabra en primer lugar la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, señora ministra, en nombre de mi grupo parlamentario, PSOE-progresistas, le doy la bienvenida a esta Comisión y le agradezco su exposición.

Respecto a su oferta de diálogo, quiero que sepa que mi grupo está dispuesto a trabajar por todo aquello que signifique mejorar y perfeccionar el modelo sanitario público, pero no sólo para alcanzar una mayor productividad, rentabilidad o efectividad —resultados importantes para legitimar socialmente los servicios públicos— sino, sobre todo, porque quiere contribuir a que el mundo del futuro sea más igual, la sociedad más habitable y las relaciones entre las personas más amables, constructivas y solidarias. Pero la experiencia de los últimos cuatro años nos hace mantener grandes reservas en cuanto a la oferta de pacto que ha hecho usted aquí esta mañana. En 1996, tras la toma de posesión del Gobierno del Partido Popular, se constituyó en el Congreso de los Diputados la subcomisión para mejorar y consolidar el Sistema Nacional de Salud. En el momento en que ésta empezaba a trabajar, el Gobierno empezó a dictar decretos sobre aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud sin esperar a las resoluciones de dicha subcomisión. Por tanto, desde mi grupo le pedimos que demuestre con hechos la declaración de buenas intenciones que usted ha manifestado aquí esta mañana.

Quiero empezar mi intervención sentando una premisa. Señora ministra, mi grupo no comparte el análisis que restringe la problemática de los sistemas sanitarios en los países desarrollados, y concretamente en la Unión Europea, al crecimiento de los costes. Las lecturas exclusivamente monetaristas, abanderadas por los detractores de lo público, están abriendo incertidumbres y riesgos para el ejercicio de los derechos sociales. En mi opinión, y sin menospreciar la importancia del desfase entre unos recursos limitados y unas demandas infinitas, estamos obligados a mirar más lejos, buscando alternativas más allá del corto plazo que nos permitan una buena situación de partida para el próximo milenio, sobre todo y ante todo por los millones de ciudadanos españoles que tienen como única cobertura sanitaria la pública.

Hay que aceptar la importancia que tiene hacer bien las cosas, buscar una mayor eficacia o conseguir la máxima efectividad de la organización sanitaria para que los ciudadanos, únicos destinatarios de las políticas públicas, puedan sentirse seguros ante la protección de su salud, la prevención de la enfermedad o una asistencia sanitaria adecuada en caso de que fuera necesario. Es tan importante ofrecer alternativas a las nuevas necesidades como tener conciencia de que hay que preservar lo que está bien hecho. No podemos permiti-

tirnos que por querer innovar acabemos restando solidez a los principios del Sistema Nacional de Salud: la cobertura universal, la financiación pública suficiente a través de impuestos, el aseguramiento público y único, la gestión pública, el carácter integral y la provisión mayoritariamente pública.

Sentado este principio, me gustaría, con respecto a la financiación sanitaria, hacer también alguna alusión sobre cuestiones más concretas. Tanto la Constitución como la Ley General de Sanidad establecen que en todo el territorio nacional se ha de poder acceder a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, que los poderes públicos tienen que orientar sus políticas de gasto sanitario para corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios y que la asignación de recursos financieros tiene que tener en cuenta no solamente la población asistida, sino las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales. Este mandato de la Ley General de Sanidad no se respetó en el modelo de financiación del año 1997. Los fondos adicionales se repartieron de una forma absolutamente arbitraria e injusta. El Fondo de asistencia hospitalaria, dotado con 48.000 millones de pesetas, se distribuyó de forma que una sola comunidad autónoma recibió más de 23.000 millones, casi un 50 por ciento, y al Insalud-gestión directa, con diez comunidades, entre ellas Madrid, le correspondió la insignificante cantidad de 5.500 millones. Si este fondo compensaba la asistencia a desplazados y la docencia, ¿nos puede explicar la señora ministra, ya que no lo conseguimos de su antecesor, los enfermos desplazados que atiende cada comunidad autónoma y qué justifica esta distribución? ¿Nos puede explicar, en cuanto a la docencia, la diferencia para establecer esta financiación? Señora ministra, no me responda que sólo el 2 por ciento de la financiación total se distribuye sobre la base de fondos adicionales y el resto se hace en función de la población protegida, porque cada décima, según el presupuesto de 1998, ascendía a 3.800 millones de pesetas.

También se contemplaba como incremento de los fondos de financiación los que provenían o los que se iban a conseguir del ahorro farmacéutico, 65.000 millones, y del control de la incapacidad temporal, 40.000 millones. Con el ahorro farmacéutico, según nos relataba su antecesor, el señor Romay Beccaría, iban a construir ustedes centros de salud, hospitales, iban a adquirir alta tecnología; pero se rompió el cántaro como en el cuento de *La lechera* y ese dinero virtual no se ha visto nunca. Pero quizá usted, señora ministra, nos pueda dar información de cuántos miles de millones de pesetas de ahorro se han producido en la factura farmacéutica y en qué mejoras ha revertido.

El acuerdo de financiación de 1997 además supone un menor esfuerzo en términos porcentuales sobre el producto interior bruto que el de 1994. El incremento medio de 1992 a 1996 fue del 4,83 por ciento sobre el

PIB y el de 1996 a 1999 ha supuesto un 4,6 por ciento. Señora ministra, dado que el modelo de financiación agota su vigencia en el año 2001, queremos saber las líneas básicas del modelo para el período siguiente por parte del Ministerio de Sanidad. ¿Conoce ya el déficit real del Sistema Nacional de Salud, tanto Insalud-gestión directa como el de las comunidades autónomas transferidas? ¿Qué incrementos de recursos se prevén? ¿Con qué criterios se va a hacer la distribución? Queremos subrayar que en momentos de bonanza económica nuestro país, en relación con la riqueza que genera, puede destinar más dinero a la sanidad. En la Unión Europea el gasto sanitario público en relación con el PIB asciende al 6,6 por ciento y en España se sitúa en el 5,6 por ciento. Estamos un punto por debajo de la media de la Unión Europea y tenemos margen de crecimiento. El Gobierno de la nación está obligado a establecer un presupuesto suficiente para que todos los españoles puedan beneficiarse de una atención a la salud de calidad.

Con respecto a las transferencias, que me da la sensación de que ha pasado usted muy de puntillas sobre este tema, en el año 1996 el anterior ministro anunció en su comparecencia en esta misma Comisión que durante aquella legislatura, o como mucho al comienzo de ésta, se terminaría el proceso transferencial a las diez comunidades autónomas que todavía están pendientes. En octubre de 1999 el secretario de Estado de Administraciones Públicas, ante la Comisión General de Autonomías del Senado, manifestó que se iban a constituir inmediatamente las ponencias técnicas para iniciar el traspaso. Hasta este momento, a pesar de la petición formal de algunas comunidades autónomas desde hace más de dos años, no ha habido respuesta alguna por parte de su Gobierno. En la comparecencia que hace unos días tuvo el ministro de Administraciones Públicas en la Comisión del Congreso dio plazos concretos para transferir competencias pendientes: políticas activas de empleo y justicia. Sin embargo, con respecto al Insalud, volvió a repetir la misma cantinela: la dificultad del proceso transferencial y que se llevarían a cabo a lo largo de la legislatura, aunque quedarían algunos flecos pendientes para la siguiente.

Señora ministra, nos suena la letra y nos suena la música. Ya está bien de demorar sin justificar la asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas que han demostrado sobradamente su madurez y su mayoría de edad. Desde 1994 que se transfirió a Canarias, el proceso está totalmente paralizado. El Insalud es un gestor provisional e interino y no puede seguir decidiendo las prioridades asistenciales y la organización de los servicios de las distintas comunidades autónomas. Señora ministra, ponga plazo para iniciar el proceso de negociación y contemple el traspaso en el modelo de financiación que comenzará su vigencia a partir del 1 de enero de 2002. Los gobiernos de las comunidades autónomas tienen que partici-

par con voz y con voto en todas aquellas decisiones que afectan a los grandes temas sanitarios. No quieren seguir estando representadas ni por el Ministerio de Sanidad ni por el Ministerio de Economía. Transfiera ya, señora ministra, y déjese de jugar con experimentos de gestión impuestos y no aceptados por los gobiernos autónomos, que en breve serán los responsables de organizar la gestión de sus propios servicios sanitarios.

Con respecto a la política farmacéutica, nos gustaría conocer más concretamente cuáles van a ser las líneas de actuación de su departamento, tanto desde la vertiente del gasto como desde la distribución y dispensación. A pesar de las medidas de ahorro introducidas por su antecesor, el incremento del gasto en recetas desde 1995 a 1999 se acerca casi al 50 por ciento. Al recetazo de 1998, que significó la exclusión de la financiación pública de 835 medicamentos seguros, eficaces y con utilidad terapéutica, según manifestaciones del anterior ministro, se unió la modificación de la Ley del Medicamento para dejar precio libre a los fármacos excluidos de la financiación pública y con la posibilidad de recetarse por los médicos del sistema, con lo que se carga el peso de esta medida exclusivamente al bolsillo de los ciudadanos. Cuando el Partido Popular estaba en la oposición se comprometió a reintegrar a la financiación pública hasta las jeringuillas, según decía Fernández Miranda. El propio Presidente del Gobierno cuando estaba en la oposición y en relación con el decreto de financiación selectiva decía que no es de recibo que haya pensionistas sin medicinas gratuitas. A pesar de estas medidas, señora ministra, la factura sigue incrementándose, con lo que el gasto farmacéutico en los Presupuestos Generales del Estado de 2000 supone más del 22 por ciento del total del gasto del Insalud; es la partida, junto con los conciertos, que más crece anualmente desde el punto de vista presupuestario.

Planifiquen las actuaciones en política farmacéutica teniendo como objetivo central al ciudadano y no pongan parches que están generando mucha tensión en el sistema. Hagan posible que se pueda recetar por principios activos; desarrolle los precios de referencia; adecuen las dosis a los tratamientos; revisen el valor terapéutico de los medicamentos disponibles para adaptarlos a los avances científicos, pero no retiren con criterios exclusivamente económicos de la financiación pública medicamentos necesarios; informen a los profesionales sobre la utilidad y eficacia de los distintos productos farmacéuticos; mantengan diálogo permanente con los agentes del sector y lleven sobre todo una política de educación para la salud, incidiendo en aquellos colectivos más vulnerables para que hagan un uso racional del medicamento. Por último, quisiéramos conocer su criterio sobre las recomendaciones del Tribunal de la Competencia y del Fondo Monetario Internacional, que aconseja a España una mayor liberalización con respecto a las oficinas de farmacia.

En relación con los servicios sanitarios, señora ministra, cada vez hay una mayor demanda social de recursos, que escapan exclusivamente a la asistencia sanitaria, para personas que necesitan más cuidados que curación, que necesitan soluciones a problemas científicamente imposibles de resolver como son los enfermos terminales crónicos, demencias seniles, entre ellas el Alzheimer, y para personas que tienen necesidades no derivadas de una patología, sino de un hecho fisiológico natural como es el hacerse viejo. Una sociedad que quiere ser solidaria tiene que buscar el bienestar solidariamente, aportando el equilibrio entre la acción directa y el apoyo a las familias. Hasta este momento las demandas sociosanitarias han sido cubiertas fundamentalmente por los hospitales de agudos y sobre todo por las familias, sobre las que recae directamente el peso de estos cuidados, y dentro de éstas en las mujeres, con el papel de cuidadoras que tradicionalmente se nos ha adjudicado. Al Grupo Socialista le gustaría que detallara más las actuaciones que con respecto a este tema piensa llevar a cabo el Ministerio de Sanidad junto con otros departamentos competentes en la materia.

Y si nos preocupa lo sociosanitario, no menor preocupación nos produce la situación de los enfermos mentales, respecto a los cuales no he escuchado ninguna alusión en su intervención. Es absolutamente imprescindible un plan nacional de salud mental, que ya propuso el Grupo Socialista en la pasada legislatura y que fue rechazado por el Grupo Parlamentario del Partido Popular, para coordinar las actuaciones, los servicios que se ponen a disposición de este tipo de enfermos y sobre todo para que el Insalud, hasta que transfiera la gestión de la asistencia sanitaria, ponga en marcha los mecanismos suficientes para que estos enfermos reciban una asistencia sanitaria adecuada a su problema. Y les rogaría que se tomen en serio este tema para que desde los dispositivos del Insalud, con profesionales en número suficiente, a través de las unidades de agudos, hospitales de día, tanto infantiles como juveniles, se pueda prestar esta atención necesaria que la dignidad de estas personas merece. Se necesitan medios suficientes y coordinación con las demás administraciones, al menos hasta que se transfiera la gestión de la asistencia sanitaria, y a nivel nacional la coordinación de ese plan nacional.

Anorexia y bulimia. Señora ministra, no son suficientes, para tratar estas enfermedades que afectan cada vez a gente más joven, soluciones como las que están ustedes poniendo en marcha, que consisten en colocar cuatro camas en la unidad de agudos de un hospital, sino que se necesitan profesionales especializados, alguna unidad específica en cada comunidad autónoma e ingreso en las plantas de pediatría o de medicina interna. Al menos éstas son algunas de las alternativas que los especialistas en la materia están

proponiendo, todo ello acompañado de políticas preventivas necesarias.

Con respecto a la política de personal, nos gustaría saber cuándo tiene su departamento previsto definir el marco de relaciones laborales del personal, cuándo se va a aprobar el estatuto marco, cuándo se va a desarrollar la carrera profesional de enfermería y qué solución va a adoptar el Insalud con respecto a la oferta pública de empleo, que está paralizada desde 1997 y tiene a miles de personas en el aire, sin saber dónde podrán acabar.

Con respecto a la salud pública, señora ministra, ante todo quiero poner de manifiesto la falta de autoridad sanitaria y la ausencia de coordinación de las políticas de salud que el Ministerio de Sanidad ha demostrado en los últimos cuatro años el papel subsidiario del Ministerio como autoridad sanitaria en las políticas relacionadas con el tabaco, o ante el incremento de accidentes laborales o de tráfico, o ante la alarma social que se generó en 1987 como consecuencia de los casos de meningitis, o con respecto al problema planteado de la nueva vacuna de la meningitis sin la coordinación necesaria por parte del Ministerio, ponen de manifiesto la necesidad de un liderazgo social en sanidad.

Señora ministra, al Grupo Parlamentario Socialista le gustaría saber algo más sobre el anuncio que el ministro de Agricultura hizo ante la Comisión correspondiente hace escasos días, y al que usted también hacía alusión, acerca de la creación de la Agencia nacional de seguridad de los alimentos. ¿Qué funciones va a tener? ¿De qué Ministerio va a depender, de Sanidad, de Agricultura? Señora ministra, nuestro grupo piensa que si todo lo relacionado con la calidad y seguridad de los alimentos depende del Ministerio de Sanidad, hay unos perdedores seguros que son los ciudadanos como consumidores.

Con respecto al plan estratégico.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, le ruego que vaya resumiendo.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, le rogaría que fuera flexible, porque es la primera comparecencia de la ministra y el poco tiempo concedido hace que no podamos abordar todas aquellas cuestiones que nos preocupan, no como grupo, sino por los ciudadanos a los que estamos representando.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, estoy totalmente de acuerdo, pero el Reglamento contempla diez minutos de tiempo por intervención, usted ha consumido exactamente en este momento 20 minutos. La generosidad del presidente creo que está demostrada. Lo único que le pido ahora es que vaya resumiendo. Dentro de poco tiempo le tendré que decir que termine.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Termino inmediatamente.

¿El plan estratégico del Insalud sigue en vigor? No se ha hecho ninguna mención. ¿Qué pasa con la ley del año 1997 sobre nuevas formas de gestión, aprobada con un amplio consenso? ¿En qué situación se encuentra el Centro Nacional de Investigación Oncológica, qué presupuesto tiene, cómo se financia, qué resultados está obteniendo?

Con respecto a las listas de espera, señora ministra, los ciudadanos tenemos derecho a saber el número de personas que están en lista de espera quirúrgica por patologías, por consultas en cuanto a especialistas y para pruebas diagnósticas, así como el tiempo máximo de demora que tienen que esperar para acceder a cualquier tipo de servicios. Pero, antes de poner soluciones al problema, hay que conocer la realidad en que nos movemos y en este momento no se conocen, al menos por parte de la portavoz del Grupo Socialista, los medios con los que se va a poner en marcha el plan de choque anunciado por parte de la señora ministra ni el momento, puesto que hoy 13 de junio era el día anunciado para la puesta en marcha.

Termino haciendo una breve referencia a la consolidación de los servicios públicos de consumo, a la potenciación del sistema arbitral, a los programas de información para que la moneda única no sea un instrumento de desequilibrio social, a la transparencia en el mercado para protección de los consumidores y a la mayor participación ciudadana.

Señora ministra, son muchos los temas, como ve, que nos preocupan porque afectan directamente a los ciudadanos, y quiero que sepa que en todo aquello que suponga mejorar sin destruir lo conseguido nos puede encontrar en el camino del diálogo, pero si los pasos que se dan se dirigen a minimizar el Sistema Nacional de Salud, en defensa y protección de los millones de ciudadanos españoles que dependen, como decía antes, exclusivamente de los sistemas sanitarios, nos tendrá en contra.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Señor ministra, en nombre de mi grupo parlamentario quiero darle nuestra más cordial bienvenida en esta primera comparecencia que efectúa como nueva ministra en la Comisión de Sanidad.

Voy a intentar ceñirme al guión que la señora ministra ha seguido en su intervención, porque nos parece que quizá una buena manera de manifestar la voluntad de diálogo es, más que venir con un discurso prefijado, basarse en lo que usted ha dicho en ésta su primera comparecencia. Por lo tanto, me va a perdonar que quizá la intervención no sea muy florida, aunque procuraré que sea sobre los aspectos puntuales que usted ha señalado.

Para empezar, usted ha dicho que viene con una buena disposición para con todos y, de alguna manera, ha recordado su condición de ex diputada como prueba del valor y aprecio que usted tiene por la Cámara. Pues bien, ministra, muchísimas gracias, porque nosotros estamos convencidos de que dirige usted uno de los ministerios más importantes que puede tener cualquier gobierno, un ministerio que atañe —más que ninguno quizá y de manera muy primordial— directamente a las personas, que afecta en un momento de la vida a cualquiera de los ciudadanos de este país y que, por lo tanto, requiere de una sensibilidad muy especial, porque todo el mundo es usuario de la sanidad en un momento de su vida y todo el mundo opina también sobre sanidad. Difícilmente hay algún ministerio donde tenga usted tantos expertos voluntarios dispuestos a opinar de cómo deberían hacerse las cosas.

Nos ha dicho en su intervención que más que hablar de métodos o de lo que sería bueno hacer, usted quería incidir en el cómo, y yo lo he señalado literalmente. Señora ministra, con toda sinceridad, pienso que su intervención, si de algo ha adolecido —que, por otra parte, ha sido una intervención completa, larga, extensa, en la que ha tratado muchos puntos— es precisamente de que ha hablado usted poco del cómo. Es fácil estar de acuerdo con muchas cosas de las que ha dicho, por no decir que prácticamente con todas, por lo menos esta es la manera de pensar de mi grupo parlamentario, pero veo tantas buenas intenciones en el discurso que usted ha hecho que nos preguntamos cómo va a poder llevarlo a cabo, con qué medios va a contar para implementar todo lo que ha dicho.

Ha hablado de consenso para la sanidad. Quiero entender que estamos hablando de un símil con lo que fue en su día el Pacto de Toledo. Estamos hablando de que todos los grupos parlamentarios seamos capaces, por encima de las lógicas discrepancias políticas que tenemos, de poner en común aquello que nos une; pienso que nos une lo esencial; es decir, todos, sin exclusión, apostamos por una sistema público de sanidad que consolide lo que entre todos se ha conseguido hasta hoy y que, como decía ahora mismo la portavoz socialista, tengamos muy presente que para muchas personas de este país el sistema sanitario público es el único sistema que tienen a su disposición y, por lo tanto, es primordial. Todos apostamos por este modelo. Sabe, señora ministra, que cuando nosotros hablamos de sistema sanitario público estamos hablando de un sistema que se financia públicamente. Esto es lo que le define como sistema público y creemos que es necesario introducir en este sistema fórmulas de gestión innovadoras que, como decía también la señora ministra en su intervención, se adapten y se adecuen a las necesidades de cada uno. Con esto el Grupo Parlamentario Catalán quiere decir también, como ya hemos manifestado, que lo que en una comunidad puede ser idóneo o se puede adecuar a sus necesidades o características no es extra-

polable miméticamente a otra comunidad que tenga una historia, una cultura, unas infraestructuras y una tradición distintas. Pero siempre sin perder de vista el norte, siempre sin perder de vista este objetivo para cuya consecución todos queremos trabajar y aunar esfuerzos, que es la consolidación del sistema sanitario público. Insisto en este tema porque a nosotros nos parece que es la condición *sine qua non* para que este pacto por la sanidad se lleve a cabo, porque podemos discrepar en las fórmulas, en el cómo, que usted decía, implementar y mejorar el sistema, pero si sabemos qué es lo que le define y lo que todos queremos mantener y mejorar, no tendría que ser tan difícil ni, por supuesto, imposible llegar a este acuerdo. Es más, mi grupo cree que la única manera posible de trabajar bien en interés de todos los españoles en el sistema sanitario es que seamos capaces de llegar a este pacto. De no ser así, es una materia tan sensible, tan complicada, que fácilmente pueden caer el Gobierno y la oposición de turno en un partidismo exacerbado, incontrolado, en pedir a veces lo imposible o en no pactar aquello que es posible.

Señora ministra, nosotros queremos animarla muy sinceramente y darle nuestro apoyo para que haga todo lo posible para que el pacto se implemente. Va a tener usted nuestra colaboración, no lo dude, vamos a poner a su disposición nuestra corta o gran experiencia, depende de cómo quiera usted valorarla. Cataluña fue de las primeras comunidades que tuvo transferidas las competencias de sanidad y, para bien o para mal —nosotros pensamos que básicamente ha sido para bien—, tenemos experiencia de las dificultades y problemas que ello ha representado y pensamos que, como decía usted, nuestra experiencia tiene que servir y puede servir a otras comunidades que no están en esta situación. Pero centrémonos en esto, en los traspasos.

Señora ministra, en la pasada legislatura, en los acuerdos de la subcomisión de Sanidad (que, como usted sabe, contaron con el voto favorable del Grupo de Convergència i Unió) uno de los puntos que, como usted sabe, nadie discutía, ni siquiera los grupos que al final no se sumaron al consenso, era la necesidad y la conveniencia de que las diez comunidades que aún no tienen transferidas las competencias de sanidad las tuviesen ya. Quiero recordarle, señora ministra, que el anterior presidente del Insalud, el señor Núñez Feijóo, en una de sus últimas declaraciones públicas en dicho cargo dijo —creo que textualmente—: En esta nueva legislatura —por lo tanto, en la actual— uno de los principales objetivos que nos fijemos tiene que ser transferir las competencias del Insalud. Yo no le voy a ocultar por qué cree mi grupo que este tema es tan importante, y es que nosotros pensamos que si no lo solucionamos de una vez por todas, nunca sabremos en realidad cuáles son las necesidades financieras del sistema. No le voy a hablar hoy, ministra, de las necesidades que tiene Cataluña de mayor financiación de la

sanidad. Nos parece que hoy este no es el foro para hacerlo y queremos huir de que se plantee el socorrido argumento de que los grupos que muestran una buena predisposición a apoyar al Gobierno sólo van a intentar buscar mayor financiación para ellos, sin ocuparse de los demás. Nada más lejos de la realidad, señora ministra. Nosotros estamos convencidos de que el Sistema Nacional de Salud necesita de mayor aporte financiero, y lo necesita en general, en su conjunto. Se ha dicho aquí en la Comisión, lo ha dicho usted misma, que el pacto de financiación se puso en vigor en 1997 y finaliza en el año 2001, por lo que tendremos que encontrar un nuevo marco estable para la financiación del sistema. Nosotros pensamos que en este foro será donde encontraremos, como comunidad que tiene transferidas las competencias de sanidad, el marco adecuado y la financiación suficiente y necesaria para poder desarrollar nuestras competencias en materia de sanidad mucho mejor de lo que lo hemos podido hacer hasta ahora. No quiero responsabilizar ni a usted ni a su Gobierno de las necesidades que aún tenemos; son frutos de la historia, y no es ahora el momento de mirar excesivamente hacia atrás. La realidad es la que es, pero, insisto, nosotros queremos hablar de las necesidades del sistema en el conjunto del territorio español. Nos parece que es la única forma de ubicar las necesidades de una manera solidaria, de una manera justa, de una manera no discriminatoria entre comunidades y de una manera en la que se visualice claramente que el objetivo de las comunidades que tenemos las competencias transferidas no es que nosotros vayamos bien y los demás mal, sino que todos juntos vayamos bien, vayamos mejor, y que entre todos consolidemos el Sistema Nacional de Salud como uno de los mejores sistemas sanitarios de las sociedades europeas de nuestro entorno. Insisto, pues, señora ministra, no vamos a poder hilar de manera fina si no tenemos las competencias transferidas a todas las comunidades.

Hay una pregunta que flota en el ambiente y que tampoco pretendo, señora ministra, que me conteste usted hoy, pero, sin duda, tendrá que ser una pregunta que más adelante tenga respuesta por parte del Ministerio y que se ponga encima de la mesa: ¿cuál es el déficit real del sistema sanitario? Hay que cifrarlo y tenemos que hacer esfuerzos entre todos para ayudarla a usted, señora ministra, y saber de qué estamos hablando, porque si no sabemos cuál es el déficit, mal sabremos lo que hay que poner y por tanto mal podremos implementar todo ese catálogo de buenas intenciones que usted manifestaba y que nosotros compartimos.

Ha dicho usted, señora ministra, que quería que el Ministerio de Sanidad fuese el Ministerio de todos y para todos. Dómino, señora ministra. Completamente de acuerdo. Pensamos que uno de los déficit del actual sistema es que muchas veces, y no me interprete mal ya que se lo digo desde la complicidad, el ministro de Sanidad parece el ministro de Sanidad del Insalud, y no

debería ser así; tiene que ser el ministro de Sanidad de todos. Hay que reforzar el papel del Consejo Interterritorial de Salud, tal y como decía el informe de la subcomisión; hay que dar mucha importancia al Consejo Interterritorial de Salud porque es allí donde todos los consejeros aportan sus experiencias, aportan sus conclusiones. Por tanto, si tenemos un consejo reforzado que responda a las nuevas necesidades, tendremos un Ministerio de Sanidad y una ministra de Sanidad en este caso que será la ministra de todos, no sólo la ministra del Insalud.

Nos parece bien la nueva estructura que usted ha dado al Ministerio y la importancia que ha querido dar a la Dirección General de Planificación de Asistencia Sanitaria, que, como usted misma ha dicho, tiene que estudiar problemáticas que son consustanciales al sistema. Vivimos mucho en España, las mujeres aún más, y como también usted ha dicho los años de vida no sólo tienen que aumentar en cantidad, sino también en calidad. Sabe usted que en Cataluña pusimos un eslogan de moda, que era aquello de no sólo dar vida a los años sino calidad de vida a esos años. Por ahí van los tiros. Tenemos que procurar, señora ministra, que las nuevas necesidades que sin duda van a ir aparejadas a la pirámide de edad, que esas enfermedades que antes eran letales y que hoy día, afortunadamente, hemos convertido en crónicas, vean respuesta en el Sistema Nacional de Salud. Voy a intentar ir resumiendo porque veo que el presidente me dice que no me alargue demasiado.

Ha aludido usted a cosas que me parecen muy importantes y que quiero reseñar. Ha dicho que tengamos muy presente y que exploremos las posibilidades de las nuevas tecnologías. Completamente de acuerdo, señora ministra. La telemedicina, la receta médica electrónica, la tarjeta sanitaria para todos (sabe usted que en Cataluña la tenemos y que pensamos que es de aquellas cosas extrapolables), que tiene que ser muy útil; además es inconcebible que no utilicemos en medicina las posibilidades que nos dan todos estos nuevos recursos. Ha hablado usted de Internet, de Intranet. Totalmente de acuerdo, señora ministra, pero todo esto también va a significar mucho dinero.

Déjeme hacer una observación puntual a un capítulo que también usted ha marcado de manera especial, la farmacia y la contención del gasto farmacéutico. Señora ministra, dentro de este pacto, que sería aconsejable y deseamos que se lleve a cabo; es importante que afrontemos la política farmacéutica no como una política de parches, sino con reformas estructurales, con ideas claras y con políticas que no sólo contemplen la farmacia sino también la industria farmacéutica. No nos parece aconsejable ni para el Sistema Nacional de Salud ni para los sectores directamente implicados (las oficinas de farmacia, la industria farmacéutica) que, para decirlo de una manera clara, sencilla y llana, cada vez que falte dinero al sistema se nos ocurra bajar márgenes a las farmacias o a la industria. Por este camino

no podemos seguir, señora ministra, porque, de ser así, evidenciaríamos incapacidad para afrontar las reformas, que sin duda hacen falta en este sector, pero de forma mucho más estructural, no coyuntural, no como un parche. También, señora ministra, voy a hacerle una observación sustancial. Durante toda la legislatura pasada hemos tenido un sentimiento que no consideramos conveniente. Con excesiva frecuencia el Ministerio de Sanidad parece depender del Ministerio de Economía. Le aseguro que no es corporativismo porque yo sea la portavoz de sanidad y quiera que su Ministerio tenga la relevancia que le corresponde, es que no nos parece correcto que la sanidad dependa del Ministerio de Economía. En todo caso, como ministra de Sanidad tendrá que hablar con el ministro de Economía, llegar a acuerdos y reivindicar —para ello pienso que va a contar con el apoyo de la mayoría de los grupos parlamentarios— que al Sistema Nacional de Salud le hace falta una inyección importante de dinero. Que las políticas del Ministerio vengan muy influenciadas porque el ministro de Economía tiene de repente que ajustar parámetros son sensaciones, a veces evidencias, que se dieron durante la legislatura pasada; nos parece que tenemos que adoptar otros caminos. Es necesario reforzar su Ministerio, como decíamos, que sea el Ministerio de todos, de las comunidades autónomas que ahora tenemos materia de sanidad con competencias y de las comunidades del Insalud, para que se les transfiera rápidamente; que no dependa usted de lo que el ministro de Economía le deje hacer, sino que su Ministerio tenga unas pautas de trabajo y a partir de ahora pida al Ministerio de Economía el dinero que necesite. También ha hablado usted de políticas de consumo. No voy a extenderme en ello.

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

La señora **RIERA I BEN**: Termino, señor presidente. Evidentemente, es uno de los temas que inquietan a la población. Ha habido muy recientemente, creo que fue ayer, una noticia que decía que íbamos a tener muchos problemas con los alimentos que comemos porque están saturados de antibióticos. Estas noticias generan alarma social. Tenemos que demostrar que en esta materia de consumo somos serios y, como muy bien ha dicho usted, señora ministra, no se puede imaginar en una economía globalizada que nuestro país no sea competitivo en un tema tan sensible para la población.

Para finalizar, señora ministra, y que el presidente no me llame la atención, voy a sintetizarle lo que he dicho. Apostamos con rotundidad por ese pacto del que habla; cuente usted con nuestro apoyo. Le rogamos que trabaje con mucha profundidad para poder establecer cuál es el déficit real del Sistema Nacional de Salud y que, a partir de aquí, seamos capaces de poner todos

los recursos necesarios para que esta carta de buenas intenciones que usted ha manifestado y que nosotros compartimos sea una realidad que pueda convertir el Sistema Nacional de Salud del Estado español en el mejor sistema de nuestro entorno. Es la mejor manera de demostrar que España quiere y debe ser un país solidario con aquellas personas más necesitadas y que garantiza que la salud es el primer bien social, junto con la educación, y al que no queremos renunciar.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: En nombre del Bloque Nacionalista Galego, representamos a un país que ya tiene realizadas las transferencias en materia sanitaria, que fueron mal negociadas en el año 1989. Como acaba de decir la señora Riera, también estamos dispuestos a compartir experiencias, pero experiencias muy negativas. Es decir, tenemos ya la experiencia de lo que supuso privatizar el sistema del Servicio Galego de Saude por el anterior ministro de Sanidad y, como somos una fuerza solidaria y esperamos que durante esta legislatura se lleve a cabo la transferencia del servicio de salud en las diferentes comunidades autónomas, quisiéramos manifestar cuáles son los pros, pocos, y los contras, muchos, de este sistema. No queremos dar consejos a los demás acerca de cómo deben gestionar su sistema de salud, por lo que no me voy a extender en este punto. Tan solo quiero decir que vamos a seguir muy atentamente la gestión de la señora ministra y que vamos a reaccionar ante cualquier tentación, vía cooperación, colaboración o planes mal llamados nacionales, estatales, de limitar la capacidad de Galicia y de las demás comunidades autónomas para que elaboren su propia política sanitaria, aunque, lógicamente, no estemos de acuerdo con la que se está realizando en este momento en Galicia.

Me voy a referir a la financiación y lo voy a hacer porque en el actual sistema de financiación sanitaria no se contemplan criterios que en el caso de mi país son fundamentales: dispersión y envejecimiento poblacional. A partir de los 35 años todos los estudios coinciden en que el gasto sanitario crece de forma continuada, que a partir de los 65 se acelera este crecimiento y que a partir de los 75 se multiplica por más de seis. En la medida en que las pirámides poblacionales de las comunidades autónomas no son iguales, este sistema que no contempla de forma suficiente el criterio del envejecimiento poblacional desde luego no es un sistema de financiación neutral, así como tampoco lo es el que no contempla la dispersión de la población, la dispersión geográfica, mayores necesidades de infraestructuras sanitarias y un mayor coste de los servicios.

Listas de espera. No queremos hacer demagogia con respecto a este tema, es decir, la gente demanda un servicio de salud de calidad y en ocasiones esto obliga

a que existan listas de espera, pero deben ser unas listas de espera razonables. Nosotros queremos conocer las causas reales del problema, y para ayudar a su conocimiento, le voy a dar algunos datos. En relación con el funcionamiento de los quirófanos por las tardes, tengo que decirle que actualmente ya funcionan quirófanos por las tardes bajo el régimen llamado de peonadas, esto es, los médicos, el personal sanitario que ya ha trabajado por la mañana vuelve a hacerlo por la tarde cobrando por acto quirúrgico realizado. Quizás esto explique el hecho de que por la mañana la productividad del mismo quirófano y del mismo personal sea mucho menor que la de por la tarde. No sé si se refería a esto cuando ha hablado de motivación del personal sanitario. Al mismo tiempo, hay médicos licenciados en paro y se restringen las plazas para el sistema MIR, aumentándose de esta forma, con el llamado régimen de peonadas, indeseable desde nuestro punto de vista, la retribución del personal sanitario. A nuestro entender —no sé si es la opinión de la señora ministra—, hay que repartir el trabajo y aumentar la calidad del servicio, porque ¿cómo puede ser que haya personal sanitario que trabaje 13 horas diarias operando —muchas veces se trata de operaciones de gran riesgo y complicadas— con este sistema? Esto, evidentemente, requiere un esfuerzo presupuestario que el Gobierno puede realizar, pero que no está en disposición de hacerlo. Hay otro elemento que desde nuestro punto de vista también incide en la existencia de las listas de espera, porque éstas se pueden crear o de alguna manera provocar. Si el personal sanitario sabe que va a cobrar más, si hay listas de espera y si éstas se reducen trabajando por las tardes mediante el sistema de peonadas, es lógico que no tengan mucho interés en reducirlas. Parece algo evidente. Asimismo, la existencia de las listas de espera beneficia al sector sanitario privado, que en Galicia, frente a lo que sucede en Cataluña, no es demasiado grande, pero que con la política sanitaria que se está siguiendo aumenta a gran velocidad. Si las listas de espera disminuyesen también se reduciría la demanda de sanidad privada, porque, aspectos hoteleros aparte, la gente sigue confiando más en la sanidad pública, que es a la que acude cuando tiene un problema realmente grave. ¿Piensa avanzar, señora ministra, en la exigencia de la dedicación exclusiva del personal sanitario y en la aclaración —dijo que se va a comprometer— del marco legal de la incompatibilidad entre el ejercicio de una profesión sanitaria en la red pública y el ejercicio de la misma profesión sanitaria en la red privada? Esta es una vía por la que había que transitar, pero cuando habla de motivación del personal sanitario se debe estar refiriendo a otra cosa completamente distinta. La actuación anterior de los asesores que nombró tampoco indica que haya mucha disposición a ir por este camino.

Sobre el gasto farmacéutico, el Bloque Nacionalista Galego se opuso a la reducción de las prestaciones far-

macéuticas aprobadas por su antecesor, que, por cierto, fuera asesor de Farmaindustria, y querríamos saber qué piensa a este respecto; es decir, si piensa fomentar la utilización de medicamentos genéricos, si piensa revisar el medicamentazo del año 1997, si piensa incluir entre las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud fármacos que puedan recetar los médicos o si piensa seguir por la línea de su antecesor.

Un tema del que no ha hablado y que también es responsabilidad o por lo menos debía de ser del interés, si no de la competencia directa de este Ministerio, es qué sucede con todo lo que afecta a los derechos y a la salud reproductiva de las mujeres. Se van a debatir pronto en esta Cámara varias proposiciones de ley relativas a la modificación de la legislación sobre el aborto. No sé si tiene algo que decir sobre este aspecto desde el Ministerio de Sanidad y, si no apoya la modificación de esta legislación, querríamos saber si piensa garantizar al menos el ejercicio en la red sanitaria pública del derecho a abortar, dentro de los estrechos márgenes establecidos en la legislación vigente, y si piensa regular la objeción de conciencia del personal sanitario.

Otro tema que no sé si es de su competencia, aunque debería interesar a ese Ministerio, es la salud de la población reclusa. Hay un gran déficit en este sentido, hay malas prácticas del personal que se ocupa de estos temas en instituciones penitenciarias. ¿Tiene algo que decir a este respecto, tiene algún plan específico para mejorar las necesidades de salud de la población reclusa? Nos interesaría que se pronunciase. ¿Piensa reaccionar de alguna manera frente a la medicina defensiva? A nosotros se nos ocurre, por ejemplo, que se podrían acometer las reformas legales precisas para aclarar los supuestos de responsabilidad sanitaria. No es algo novedoso, se hizo ya en materia de edificación con la Ley de Ordenación de la Edificación estableciendo claramente las responsabilidades de cada uno de los agentes en el proceso constructivo, y podría también establecerse legalmente cuál es la responsabilidad y cuáles son los límites de cada uno de los agentes que intervienen en un proceso sanitario.

Finalmente, en materia de consumo y seguridad alimentaria, tiene mucho por hacer en estos cuatro años, o menos, dependiendo de lo que haga o de cómo le parezca lo que haga al señor presidente del Gobierno. Respecto a los productos transgénicos y a la biotecnología, no dijo absolutamente nada en su intervención. Desde el Bloque Nacionalista Galego —y pensamos que esto debería ser competencia del Ministerio de Sanidad— vamos a defender que se prohíba el cultivo de productos genéticamente modificados para fines alimentarios, tanto humanos como animales, en aras del principio de precaución —es una exigencia mínima—, porque en definitiva indirectamente lo que se utiliza para piensos llega a la cadena alimentaria, llega a los humanos, mientras no se establezca de forma clara cuáles son las

consecuencias que este tipo de productos tienen sobre la salud humana. Hoy sale publicado en la prensa un informe de la Organización Mundial de la Salud alertando sobre la resistencia a los antibióticos. Esta utilización de productos transgénicos (y que los consumidores tienen derecho a conocer en qué medida se utilizan en los productos que consumen) seguramente tiene algo que ver con esta resistencia a los antibióticos. Por eso, mientras esta moratoria y esta prohibición de cultivos no se establezca —y creo que aquí podía el Gobierno español ejercer también de adelantado de la Unión Europea, como indebidamente, para nosotros, ejerce en otros aspectos—, como exigencia mínima pensamos que los consumidores tienen derecho a saber, a través de un etiquetado claro, si un producto contiene, y en qué medida, productos u organismos genéticamente modificados. Echamos de menos, por ejemplo, que se ratifique por parte del Gobierno español el protocolo firmado por la Unión Europea el 29 de enero de este año. No sé si tiene algo que decir a este respecto.

Estas son —y perdone por el carácter telegráfico de mi intervención— algunas medidas que el Bloque Nacionalista Galego va a defender en materia sanitaria y en materia de consumo y a partir de las cuales pensamos que es posible el acuerdo, aunque también debemos reconocer con la misma sinceridad, porque creo que la franqueza y la sinceridad son la base en las respectivas posiciones para cualquier acuerdo, para cualquier diálogo, que los nombramientos y las declaraciones —entre ellas las de hoy— realizados por usted para nosotros no anuncian nada bueno en este sentido.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Señora ministra, señorías, en primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida quiero darle la bienvenida, agradecerle la comparecencia y personalmente y como portavoz del grupo decirle que para mí es un motivo de satisfacción que la salud y el consumo de este país estén en manos de una mujer y que, sin ánimo de restarle méritos personales, señora Villalobos, me tiene usted que permitir que diga en este foro que esto es un éxito y un logro de la lucha continuada y sostenida que hemos venido manteniendo las mujeres en este país.

Dicho esto, puede usted imaginar que mi mayor deseo sería que usted lo hiciera bien, porque pienso que las mujeres tenemos pocas oportunidades de demostrar que somos capaces de gestionar con eficacia. Por tanto, vaya por delante ese deseo personal de que usted lo haga bien en la gestión. No obstante, déjeme que le diga que lo primero que me sugiere su discurso generalista —permítame la informalidad— es preguntarle qué piensa de esto el señor Rato, porque usted no nos ha

hablado nada más que de literatura, no nos ha hablado de financiación, de calendarios ni de plazos. Por tanto, yo, desde la modesta posición que ocupo en esta Comisión, quiero, desde el ánimo de una oposición leal y constructiva, hacerle un pequeño diagnóstico del estado de salud —valga la redundancia— del Sistema Nacional de Salud de este país.

Creo yo, señora ministra, que conoce usted perfectamente que a estas alturas, y después de catorce años de haberse aprobado la Ley General de Sanidad, seguimos careciendo de un plan integrado de salud, es decir, hay una verdadera ausencia de políticas de salud, no se han incorporado actividades básicas, como la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud. El gasto sanitario, señora ministra —voy a ir muy deprisa para no contrariar al presidente—, en España, como usted sabe, en el año 1997 era de 1.168 dólares por habitante, frente a la media europea que se situaba en 1.743 dólares por habitante y año. El gasto sanitario público, como usted bien sabe, está dos puntos por debajo de la media europea; el gasto farmacéutico es infinitamente superior a la media europea, precios muy altos por receta, escaso desarrollo de genéricos, etcétera. En cuanto al desarrollo autonómico, como bien sabe usted, sólo siete comunidades autónomas tienen transferidos los servicios sanitarios. No hay integración de redes sanitarias municipales o provinciales, que siguen funcionando a su aire, infrautilizadas, con un verdadero derroche de recursos sanitarios, tanto materiales como humanos. Los mecanismos de financiación autonómica son imperfectos, existe una diferencia en torno al 10 por ciento entre la financiación capitativa de comunidades como Cataluña y Andalucía, por poner un ejemplo. El Consejo Interterritorial tiene un déficit de funcionamiento clarísimo. Hay una evidente lentitud en la reforma de la atención primaria de salud, persiste el modelo asistencial de cupo, que es del siglo pasado; hay una escasa actividad preventiva; hay una falta de atención continuada; no se ha abordado la reforma hospitalaria, que es el mayor activo sanitario que tiene el Sistema Nacional de Salud, que está claramente obsoleto; no hay red de hospitales públicos, el número de camas hospitalarias es de los menores de la Unión Europea, 4,3 camas hospitalarias por cada mil habitantes en España frente a las 7,3 camas hospitalarias por mil habitantes en la Unión Europea. Qué le voy a decir a usted de la relación que debería existir entre la atención primaria y la especializada; hay una absoluta falta de coordinación.

Respecto al personal sanitario, del que usted ha hablado, siendo España el segundo país en número de médicos por mil habitantes, tiene sin embargo una dotación de personal sanitario insuficiente, fundamentalmente de enfermería donde estamos también dos puntos por debajo de la media europea. La formación pregrado sigue siendo asistencialista y hospitalaria, señora ministra, y esto es muy preocupante; no hay for-

mación en salud pública, epidemiología o atención primaria. Los colegios profesionales defienden intereses corporativos, impidiendo el desarrollo de organizaciones científico-profesionales. La política de personal es inadecuada. El Sistema Nacional de Salud, como usted sabrá, es el principal empleador de profesionales sanitarios en nuestro país. Hay un elevado gasto en el capítulo 1, desmesurado en comparación con el de los capítulos 2 y 4, que se refieren a gastos corrientes e inversiones. El estatuto marco es preciso ya; su necesidad se viene planteando desde antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad y, quince años después, seguimos esperando a que sea una realidad.

Existe un incumplimiento clarísimo de la dedicación exclusiva en los hospitales. La carrera profesional está estancada y hay falta de formación continuada y de especialización en el personal sanitario. También hay una grave ausencia de mecanismos de participación real del personal sanitario. Esta ausencia es asimismo trasladable a los mecanismos de participación ciudadana. Las normas de participación ciudadana aprobadas dentro del marco legislativo en uso no funcionan; no hay compromiso ciudadano con el Sistema Nacional de Salud.

Ante esta situación, el Partido Popular, a lo largo de estos cuatro años, ha intentado una política directa de privatización del sistema sanitario poniendo en circulación ideas como la instauración de tasas por utilización de servicios, por consumo de medicamentos o limitación de prestaciones públicas. Ante el rechazo de la opinión pública, estas medidas fueron rápidamente sustituidas por otras de aplicación paulatina que, siendo privatizadoras, se amparaban en la necesidad de mejora del servicio bajo conceptos como eficacia, autonomía de gestión, incentivar y competitividad. Utilizando el principio legitimador de la máxima eficacia, retomaron la idea de las nuevas formas de gestión por la que se pretende poner a los centros sanitarios públicos al amparo del derecho privado.

Desde la concepción de la salud que defiende el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, es evidente que en estas medidas hay una doble intencionalidad y persiguen sin duda fragmentar el sistema público de salud debilitando y sustituyendo el principio de la responsabilidad del Estado de garantizar la mejor y más justa atención sanitaria por el principio empresarial de la obtención de beneficios económicos.

Se han ido tomando otras medidas menos escandalosas que, en definitiva, pretenden inequívocamente fortalecer el sistema sanitario privado en detrimento del público: ayudas fiscales a empresas que concierten seguros sanitarios privados, financiación pública al sistema de mutuas patronales, capacidad de los médicos de las mutuas para desautorizar las bajas que extienden los médicos del sistema público, potenciación de los conciertos con entidades privadas, etcétera. Si a esto se añade que, al mismo tiempo, se pone en riesgo o se

deteriora el sistema público recortando prestaciones de forma explícita —reducción de la lista de medicamentos financiados por la Seguridad Social— o de forma indirecta —obligando u orientando a los médicos hacia la reducción de análisis, radiografías, consultas a especialistas, etcétera—, parece evidente que ha habido una clara intención del Partido Popular de convertir la atención de salud en un feudo donde la especulación y el lucro privado puedan campar a sus anchas.

Señora ministra, es pronto para hablar de pactos, pero agradecemos su oferta de diálogo. En modo alguno podemos comprometernos en pactos cuando esta es la política aplicada por el equipo de Gobierno del que usted forma parte y en la intervención que ha hecho hoy aquí a mí no me ha despejado las dudas. Por eso hago unas preguntas brevemente.

Dada la realidad del sistema sanitario español, con los datos que le he aportado en mi intervención, ¿qué previsiones presupuestarias tiene el Gobierno para equipararnos con la media europea? ¿Qué medidas piensan poner en marcha para un uso más racional de los medicamentos y en qué plazos? Señora ministra, ¿va usted a aumentar el presupuesto para potenciar las unidades de dolor ya existentes en los hospitales, crear nuevas unidades de dolor y extenderlas a domicilio? Con relación a las transferencias, ¿cuándo tiene previsto su Gobierno completarlas? Por favor, comprométase usted en plazos. ¿Tiene previstos mecanismos para igualar los recursos y el gasto sanitario entre las distintas comunidades autónomas?

Como usted sabe, recientemente hemos estado debatiendo en los medios de comunicación y en el Parlamento la evidente necesidad de coordinar los recursos y planificar las actividades que den respuesta eficaz a las necesidades de los servicios sanitarios que demandan los ciudadanos. Ante esta situación, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida pregunta, ¿tiene previsto el Gobierno de la nación la elaboración de un plan integrado de salud en el que se contemplen las necesidades actuales y futuras, así como los recursos necesarios para solventarlas? En esta línea, y para no repetirme, reitero la pregunta del portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra respecto al aborto y a la población reclusa, asunto que ha aparecido estos días en los medios de comunicación, puesto que en algunas cárceles madrileñas los reclusos españoles padecen problemas más propios del Tercer Mundo que de un país desarrollado como el nuestro.

Respecto a la participación, ¿qué medidas tiene previsto poner en marcha el Gobierno para garantizar mecanismos de participación eficaces en el ámbito de la zona básica de salud, en el área de salud y en los servicios de salud de las comunidades? Por lo que se refiere al consumo, he estado fuera de España en un trabajo parlamentario y a mi regreso he visto que ha llegado a un acuerdo con las comunidades autónomas para facilitar la movilidad territorial de los enfermos de riesgo

vital en lista de espera quirúrgica. Me alegro de que haya hecho caso de las sugerencias de esta parlamentaria que así se lo ha venido pidiendo al presidente del Gobierno y a usted a través de los medios de comunicación. En segundo lugar, usted anuncia aquí que van a poner en marcha una de las prioridades del programa electoral de Izquierda Unida, cual es la creación de la agencia alimentaria. Desde las adversas condiciones de oposición que tenemos en esta Cámara, es una agradable sorpresa ver que ustedes toman nota de nuestras demandas. Pero siendo importantísima esta propuesta, a mí me gustaría decirle que falta concreción en su respuesta y que hace falta saber de quién va a depender la agencia alimentaria, porque tiene que estar ubicada en el Ministerio de Sanidad y Consumo, ésa es la garantía, lo que implica la necesidad de coordinar las responsabilidades que tendrán otros compañeros o compañeras suyos. Evidentemente necesitamos saber cuáles son los objetivos de esta agencia alimentaria que usted anuncia, dónde va a estar ubicada y en qué plazos vamos a poder contar con ella los españoles.

Como usted conoce sobradamente —y para terminar—, Izquierda Unida entiende que asegurar la salud para todos en condiciones de igualdad ha de ser un objetivo prioritario de un Estado social, democrático y de derecho; que garantizar el derecho constitucional a la salud es otro de los objetivos prioritarios que debe tener cualquier gobierno democrático de esta nación. Desde el convencimiento pleno de que corresponde a la Administración del Estado amparar y estimular el desarrollo saludable de los ciudadanos, creemos que solamente instituciones públicas gratuitas, accesibles, suficientes y eficaces pueden garantizar tal derecho y esta aspiración sólo puede organizarse a través de la instauración del modelo administrativo y de recursos asistenciales que nosotros hemos venido a llamar servicio nacional de salud, entendido como un instrumento de la Administración del Estado con capacidad y vocación para intervenir en la protección de la salud y en la prevención de la enfermedad, que cuenta con un dispositivo sanitario producto de la integración y armonización de las distintas redes sanitarias públicas, convenientemente ampliadas, que alcanza un nivel de prestación universal, suficiente y eficaz, actuando de una forma gratuita en el momento de uso para toda la población, a través de su financiación a partir de los Presupuestos Generales del Estado, y en el que la descentralización administrativa y de recursos, junto con la participación de la población, son elementos fundamentales.

Señora ministra, tenga usted la plena seguridad de que si en este camino nos encontramos tendrá el apoyo del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, desde el más profundo convencimiento de que en un Estado democrático, social y de derecho la sanidad privada ha de ser siempre subsidiaria de la pública. En ese camino tendrá usted una firme aliada en esta Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, quiero agradecerle, en nombre del Grupo Vasco, como han hecho quienes me han precedido en el uso de la palabra, su presencia en esta Cámara para explicarnos las líneas generales de actuación de su Ministerio, a la vez que le doy la bienvenida. Le hemos tomado la palabra en cuanto a su disposición al diálogo y se lo agradecemos enormemente, en tiempos en los que la señora ministra no ignora que no se lleva el diálogo ni con mi grupo ni con la formación política a la que pertenezco.

Señora ministra, estos debates —la primera comparación de un ministro en una Comisión—, suelen tener un carácter de política general referida al área de su Ministerio, pero en su discurso he visto más líneas de una reforma de gestión que política y prioridades de la sanidad española. Las grandes decisiones políticas han estado ausentes en su discurso, aunque creo que hay una razón para ello: le ha tocado a usted hacerse cargo de su Ministerio en un momento de alarma social tremenda generada por la aparición de los casos de las listas alarmantes para la población. Cierto es que no surgen exactamente en el terreno Insalud pero sí se generalizan, y hay aquí un problema social evidentemente importante que quizá le ha vetado la auténtica explicación de la acción política de fondo de su Ministerio. Porque política, desde nuestra perspectiva, no es sólo gestión, aunque también lo sea.

Me permitirá S. S. que también discrepe del planteamiento de la generalización de los males que aquejan al sistema. Toda sanidad es perfectible pero, puesto que también estamos en tiempos en los que se lleva manifestar que desde el Gobierno vasco todo lo hecho por el PNV se ha hecho mal o solamente para la mitad de la población, me permito manifestarle —y la señora ministra lo conoce— que nos sentimos orgullosos de la sanidad conseguida y que gestionamos. Creo que en Euskadi tenemos una buena sanidad y estimo que esta idea la comparte mucha gente. Nuestro sistema sanitario es bueno por sus resultados medidos en ganancias de salud para la población, según opinión satisfactoria de los usuarios, que es importante, y porque, comparado con otros, resulta claramente favorecido. Ahora bien, en el ámbito vasco el debate sanitario es y ha sido permanente. Se debe afrontar como objetivo el identificar las necesidades de salud, proponer los recursos para hacerlas frente y, necesariamente, establecer prioridades. Por ello, se requiere serenidad, información y participación de profesionales ciudadanos y ciudadanas. Repito que este asunto importante socialmente de las listas a usted no le ha beneficiado para abordar cuál va a ser su política con serenidad y con este debate previo que necesariamente debe hacerse.

Es de todos conocido que en el ámbito vasco se produjo, primero, el informe Osasuna Zainduz, que se

debatíó durante mucho tiempo, para después dar lugar a la Ley de ordenación sanitaria vasca. Señora ministra, a la hora de afrontar la presentación de su programa en esta Cámara se ha visto obligada a huir, en alguna medida, de lo que suele ser el esquema general de todos los ministros: programa electoral presentado por el propio partido y el discurso de investidura del presidente del Gobierno. Teniendo en cuenta la alarma suscitada por el conocimiento de los retrasos en las listas de espera, la realidad a la que responde el programa y el discurso de investidura del presidente resultaban excesivamente optimistas con el panorama que se va descubriendo que realmente existe en la sanidad y que, repito, no quiero hacer catastrofismo, pero es manifiestamente mejorable. No quiero dejar de manifestarle que han estado ausentes en su discurso dos factores que a mí me parecen importantísimos y que inciden en las líneas de su departamento. Uno de ellos es la aprobación, en la legislatura pasada, del informe de la subcomisión, a la que ya se han referido otros portavoces, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario, manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso. Los acuerdos a los que se llegó, a comienzos de 1998, apoyados por el grupo al que pertenezco, no tuvieron luego plasmación en lo que quedaba de legislatura, antes al contrario, señora ministra, hubo desconocimiento y políticas contrarias por parte de quien ostentó anteriormente la responsabilidad en el Ministerio de Sanidad. El segundo factor que incide, y al que se ha referido usted, es que durante la legislatura pasada se produjo la elevación del techo de las comunidades autónomas que habían accedido por el artículo 143 y que han asumido las competencias en materia de sanidad diez, con lo cual están pendientes estas transferencias, lo que altera sustancialmente el mapa sanitario español durante la legislatura en la que usted va a ostentar las responsabilidades del Ministerio.

Preocupada por estas cuestiones, hace dos o tres semanas le preguntaba en el Pleno, respecto a la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, si entraba en sus propósitos hacer algún retoque del modelo básico vigente que pueda alterar sustancialmente la diversidad y riqueza de las actuales políticas sanitarias. Me refería a que los acuerdos de la subcomisión, aprobados luego por el Pleno de esta Cámara, no se habían plasmado en nada y que, sin embargo, habíamos asistido a cuestiones tales como que de repente la Ley de acompañamiento, del año 1998, hiciese transferencias a las comunidades autónomas en materia de autorizaciones para prestaciones ortopédicas, por ejemplo, al margen del sistema establecido. No desdeñamos ninguna competencia, pero en el sistema constitucionalmente querido las competencias se pactan en la Comisión mixta de transferencias y luego se convierten

en reales decretos. Igualmente, nos parecía que el Consejo interterritorial está siendo utilizado como instrumento homogeneizador. Usted me contestó que no tenía en mente otra idea que el respeto al sistema básico establecido, que a mí me parece perfecto, y yo señora ministra, en principio la creo, pero también le manifiesto que para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud hay que tener en cuenta, además de la concepción global de la sanidad española, las peculiaridades propias de las comunidades autónomas.

El modelo sanitario —por esto le digo que me ha parecido poco política su intervención— no constituye aquí ni en ningún lado una concepción económica, técnica o social autónoma. Es, por el contrario, el fiel reflejo de la riqueza del país, del modelo de sociedad y del subsiguiente concepto de salud, conceptos ambos totalmente ideológicos. En la realidad social que es la Unión Europea, donde todas las políticas macroeconómicas están coordinadas o debieran estarlo, las diferencias entre las ideas de progreso y las que no lo son radican en el propugnado grado de desarrollo de la protección social y en la intensidad de la redistribución de la renta por parte de los poderes públicos. A nadie puede escapársele que la sanidad pública conforma en buena parte el núcleo duro de ambas políticas. Es esencial, desde nuestra perspectiva, la defensa de un modelo sanitario público. En la corrección de los desequilibrios y en las deficiencias que el actual sistema presenta no deben tenerse en cuenta como único referente las razones de naturaleza económica, que parece que están primando de manera muy fuerte en la presentación de la señora ministra y en las intervenciones de algunos portavoces, sino también el proyecto social que se pretende construir. En las democracias la política está por encima de la economía, aunque bien es cierto que el margen de maniobra se está estrechando progresivamente. Hay factores que atacan al sistema, problemas que afectan negativamente al futuro de las prestaciones sanitarias y usted se ha referido al envejecimiento de la población: vidas más largas, sociedades más envejecidas, la aparición de nuevas tecnologías, de diagnóstico y de tratamiento, nuevos y más costosos fármacos, etcétera. Todo ello debe tenerse en cuenta, pero teniendo presente que las finanzas públicas deben regirse con criterios de la mayor disciplina y rigor económico.

Señora ministra, repito que he echado en falta en su intervención un debate político que me parece necesario abordar en esta legislatura, se lo traslado puesto que a la Administración del Estado le corresponde fijar lo básico del sistema. Es el debate entre catálogo de prestaciones y Estado de bienestar, absolutamente necesario. Lo digo desde la legitimidad —no se entienda que estoy propugnando ningún recorte en el catálogo de prestaciones— que me da afirmar que en el ámbito vasco, puesto que las prestaciones básicas son mínimas, ya entra dentro de las prestaciones sanitarias

obligatorias la salud bucodental infantil y también está totalmente integrada la atención psiquiátrica. Puesto que no va a ser posible el todo para todos, por lo menos, todo el mundo tiende a pensar que las motivaciones económicas son importantes, decir qué es un modelo de Estado de bienestar y qué catálogo estamos dispuestos a dar, nos parece que es el debate básico que debiera haber abordado la señora ministra en ésta su primera comparecencia, teniendo además en cuenta que en nuestro sistema, cuando hablamos de bienestar social, rige la progresividad —es decir, se ayuda más a los que menos tienen— mientras que en materia de sanidad rige la absoluta igualdad, lo que en algunos casos puede llevarnos a la absoluta injusticia. Repito, lo básico en el sistema establecido ha de definirlo el Estado y éste sería un buen debate que debiera haber abordado la señora ministra en ésta su primera intervención.

Se ha aludido por distintos portavoces a los sistemas de gestión. Conoce la señora ministra que en el caso vasco hemos optado por los entes públicos de derecho privado, por lo tanto hay una gestión más profesionalizada pero por y dentro de lo que es Administración institucional del Estado. Lo menciono a los efectos que se consideren oportunos. Igualmente ha aludido al factor humano y, efectivamente, esto sí que está sin arreglar. El estatuto marco siempre resulta *non nato*, pero tengo que añadir que en algunas comunidades autónomas la situación está algo más saneada. Cuando recibimos las transferencias, nos encontramos con que teníamos algunas comunidades un auténtico copaje de personal —funcionarios, laborales, estatutarios—, pero —la catalana y la nuestra en concreto— hemos efectuado ofertas públicas de empleo que nos permiten tener una situación ciertamente más saneada desde el punto de vista del personal que la que se tiene en el terreno Insalud, donde no se ha hecho nada. El procedimiento de provisión y selección del año 1991 fue declarado inconstitucional y lo mismo ocurre con ese intento de regulación que se hizo en la Ley de acompañamiento del año 1998, en la cual sólo se quería valorar como mérito la prestación de servicios dentro del propio Insalud, lo cual es claramente inconstitucional y está generando un número de recursos importantísimos. Señor presidente, atiendo a su requerimiento mímico y concluiré enseguida. Únicamente le hago mención, señora ministra, a que en el momento en que se debata el estatuto marco mi grupo, como siempre, hará valer lo que creemos que son derechos históricos. Si se trata de actualizar el artículo 149.1.18, al igual que en el caso de Navarra, al ser una ley delimitadora de competencias, el Tribunal Constitucional permite perfectamente que se produzca una actualización de derechos históricos en ella. Los haremos valer, como lo hicimos con los intentos de la legislatura pasada.

Quiero hacer una referencia pequeña, con el permiso del presidente, al Consejo interterritorial. Se hablaba

ya de él en el programa electoral del propio Partido Popular. El Real Decreto 809/2000 ha elevado de rango a su órgano, la secretaría permanente del Consejo interterritorial, que ha pasado de ser subdirección a dirección. Conoce la señora ministra la suspicacia con la que, en principio, este tipo de órganos son mirados por los nacionalistas, entendiéndolo que pueden tener una perspectiva homogeneizadora, pero le damos el margen de confianza de que el órgano va a ser tal y como se configura y verbalmente la señora ministra nos avanzó en la primera reunión informal que tuvimos en el Ministerio. El Consejo interterritorial tiene una situación muy peculiar puesto que sólo forman parte de él en este momento siete comunidades autónomas que tienen niveles competenciales muy diferentes y desde tiempo muy diverso. No desperdicie el material acumulado en ellos. Yo le daría un consejo: que lo aproveche como marco de participación de las comunidades autónomas en el diseño de medidas. Nos parece que sería de enorme utilidad, pero sin saltarse el Estado de derecho constitucionalmente querido en el diseño sanitario que permite la diversidad de las políticas sanitarias. Un último consejo que es reiteración de cuanto he indicado: los problemas en la sanidad no son sólo de gestión o de dinero. Las soluciones técnicas. Debemos huir del mito del buen gestor —eso que siente usted: cuantos más empresarios, mejor en su gobierno— porque la definición de lo que se dé ha de ser política. Ha llegado usted al Ministerio con un talante reconocido de persona progresista. Aporte ese talante que se le reconoce a la concepción política del Estado de bienestar, que es además definición constitucional, y ahí encontrará siempre al Partido Nacionalista Vasco.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES**: En primer lugar, señora ministra, mi grupo, Coalición Canaria, quiere sumarse a la felicitación por su nombramiento, agradeciéndole la exposición realizada en su primera comparecencia y le deseamos la mejor de las suertes en la labor al frente del departamento.

Nosotros valoramos positivamente la voluntad de diálogo que ha expresado en su intervención, la necesidad de acercamiento a los ciudadanos y a los profesionales y, sobre todo, la necesidad de situar a la sanidad por encima de planteamientos partidistas o demagógicos. La búsqueda del consenso es importante porque es la mejor forma de garantizarnos una estabilidad de nuestro sistema sanitario y de permitir que éste evolucione con armonía, pero dando respuestas a las nuevas necesidades demográficas y epidemiológicas que estamos sufriendo. Esa será la mejor garantía para que el sistema sanitario se consolide.

Nos parecen también importantes las manifestaciones que ha hecho sobre la potenciación del Consejo interterritorial. Entendemos que la coordinación entre las administraciones central y autonómica no es solo positiva, sino también imprescindible para optimizar los recursos. Para garantizar un nivel de homogeneidad en las prestaciones, dentro del Servicio Nacional de Salud, no nos parecería prudente que evolucionáramos en las comunidades autónomas ofreciendo diversos catálogos de prestaciones dentro del territorio del Estado. En línea con nuestros compromisos, con Europa, debemos homogeneizar los derechos de los ciudadanos en lo que se refiere a prestaciones sanitarias.

La posición de Coalición Canaria será la de apoyar aquellas medidas que favorezcan el desarrollo de nuestro sistema sanitario, algunas de las cuales usted ha diseñado. La sanidad y la educación son los principales pilares del Estado del bienestar y apoyaremos aquellas medidas que favorezcan el mantenimiento de nuestros servicios sanitarios, su incremento, su mejora continua de la calidad y una mayor eficacia. Asimismo, es conveniente avanzar en la modernización administrativa y en una mayor capacidad para gestionar los recursos públicos. Nosotros apoyaremos las medidas que se desarrollen en este sentido, siempre y cuando las entendamos desde la misma perspectiva, es decir, que se puedan llevar a cabo sin poner en peligro los principios fundamentales del sistema público sanitario, no sólo en cuanto a financiación sino también a universalidad, calidad y equidad.

Por la brevedad que nos ha solicitado el señor presidente, voy a reseñar en mi intervención algunas reflexiones sobre dos aspectos que consideramos importantes en relación con las competencias y responsabilidades del Ministerio y, por lo tanto, del Gobierno, además de resaltar el papel del Ministerio como coordinador del Sistema Nacional de Salud. Las reflexiones son dos: primera, la responsabilidad del Ministerio en la financiación del Sistema Nacional de Salud y, segunda, de desarrollo de la potestad legislativa para modernizar aspectos del Sistema Nacional de Salud y, el que, hoy por hoy, está centralizado y forma parte de la legislación básica. Hay que recordar que estamos avanzando —todos estamos de acuerdo— hacia un modelo descentralizado de la gestión y que lo que justificará la existencia del Ministerio como autoridad sanitaria no es en sí el Insalud, por el lógico proceso de transferencias, ni tampoco la gestión directa de las prestaciones de los servicios que corresponden a las comunidades autónomas.

En cuanto a los aspectos de financiación, como ya resaltó la señora ministra, en los presupuestos del año 2002 deberían estar ya reflejados los acuerdos que tenemos que empezar a negociar al inicio de esta legislatura. A nuestro entender, deberían plasmarse en el año 2002 unos presupuestos con una financiación que sea real, suficiente, equitativa y solidaria. Aunque ya nos

ha comunicado que se va a comenzar la negociación, nos gustaría conocer cuales son, los criterios que se van a utilizar y apuntar la necesidad de empezar a concretar un cronograma para dicha negociación. Como es lógico, nosotros estamos de acuerdo, con los principios de solidaridad interterritorial, pero es necesario poner encima de la mesa aquellas variables y circunstancias que son particularidades de cada uno de los territorios del Estado español.

Coalición Canaria valora muy positivamente las transferencias que se realizaron en Canarias en 1994, que han significado un hito histórico para la mejora de la calidad en la sanidad, así como el hecho de que estas se realizaran de una forma aceptable en el escenario financiero que existía en aquel entonces y también —hay que decirlo— por el esfuerzo que ha hecho nuestra comunidad autónoma para ir avanzando en infraestructuras y en la mejora de la extensión del modelo de atención primaria, del que partíamos en una situación muy precaria. Esto nos ha permitido salir de un retraso histórico en el que se mantenía la sanidad en Canarias y nos ha posibilitado ir colocándonos a un nivel semejante al de las comunidades más desarrolladas en el Estado español. Pero ahora tenemos un reto, que es el de consolidar este modelo. Lo tenemos nosotros y lo tienen, por supuesto, el resto de las comunidades autónomas. Tenemos que hacer un esfuerzo por mejorarlo y dotarlo para que sea capaz de evolucionar adaptándose a las nuevas necesidades.

Nosotros proponemos como grandes criterios respecto a la financiación, como ya se ha apuntado también por otros grupos, la necesidad de avanzar en converger en el porcentaje del PIB que dedica el Estado al gasto público en sanidad. Tenemos un déficit financiero en las comunidades autónomas del Estado español. Permítaseme hacer un paréntesis sobre algunas particularidades de Canarias, pero estimamos necesario empezar a valorar aspectos que hoy por hoy producen un déficit importante en nuestra comunidad autónoma y que se refieren al hecho insular, englobando en él no sólo el concepto de la lejanía del territorio continental, sino también la fragmentación en siete territorios insulares. Lo comento porque dificulta de forma importante la igualdad de acceso a los servicios y a las prestaciones y, por lo tanto, la equidad en el sistema.

Quiero resaltar también otro asunto que afecta no sólo a Canarias sino también a otras comunidades autónomas, que es la necesidad de poner en la mesa de negociaciones el coste que implica la prestación de servicios no sólo a la población de derecho, sino también a la población de hecho. En nuestra comunidad autónoma, y también en otras, hay una diferencia muy grande con respecto a la población residente, que tiene todos los derechos y a la que todas las comunidades prestamos asistencia sin tener en cuenta su lugar de residencia. Es también una particularidad que nos afecta a nosotros y a otras comunidades la población turística

flotante. En Canarias somos un millón y pico de habitantes, pero tenemos unos doce millones de población turística anual, de los cuales unos nueve son población europea, subsidiaria de atención a través de los convenios internacionales por el E-111, que se utiliza cada vez más por la población turística que nos visita y que muchas veces no lo hace ya por períodos coyunturales, sino por períodos largos de estancia. Es muchas veces una población mayor que cada vez utiliza más los servicios, las pruebas complementarias y el gasto farmacéutico inclusive en patologías crónicas. Hoy por hoy, apostamos por que eso se tiene que valorar porque, insistimos, hay que conocer el déficit para poder afrontar un coste y una financiación adecuada y distribuir y repercutir los costes de la asistencia a esta población desplazada en el territorio español y en Europa, que repercute de forma desigual en las comunidades autónomas del Estado español.

El otro gran aspecto que quisiera plantear lo englobo dentro de las tareas pendientes en lo que se refiere a aspectos legislativos.

El señor **PRESIDENTE:** Le ruego vaya concluyendo, señora Julios.

La señora **JULIOS REYES:** Son muchas, pero sólo voy a mencionar dos que me parecen importantes. Una, el estatuto jurídico del personal del servicio nacional de salud. Desde nuestro punto de vista, el gran reto que tenemos en la sanidad y el gran motor de su modernización es que contemos con una política de personal fuerte, segura y moderna que permita una mejor gestión de los recursos sanitarios. El recurso más valioso de nuestro Sistema Nacional de Salud son los profesionales, que han participado de forma activa en el hecho de que hoy contemos con un servicio nacional de salud de la calidad que todos reconocemos y que los organismos internacionales también reconocen.

El otro aspecto, que brevemente voy a comentar, es el gasto farmacéutico. En el año 1997, el Gobierno de Canarias diseñó un avance legislativo que posteriormente, aunque no exactamente igual, propuso el Ministerio con relación al real decreto de precios de referencia. Ese avance que intentábamos hacer ante el vacío que existía y que existe en esta materia por parte de la propia legislación estatal fue recurrido y actualmente está en los tribunales. Hago este comentario con la única intención de manifestar que si no se llenan estos vacíos, desarrollando aspectos normativos que permitan a las comunidades autónomas gestionar con mayor eficiencia un recurso como es el uso racional de la prestación del medicamento, nos encontraremos en contradicción al contar con mayores déficit en esta prestación y no tener herramientas de gestión al alcance de nuestra legislación.

Una última referencia, y con ello concluyo, relativa a la necesidad de adecuar la oferta y la demanda forma-

tiva de profesionales sanitarios en nuestro territorio. Entendemos que no está resuelto la homologación de los colectivos médicos de atención primaria, fundamentalmente los graduados antes de 1995. Ha de resolverse el problema de los estudiantes de medicina, que no pueden acceder a trabajar en el servicio público de atención primaria, lo que supone que por ejemplo en Canarias, en el período de vacaciones, no encontremos sustitutos para ofrecer una prestación de calidad, cuando por otro lado, existen médicos en paro que no podemos contratar al no estar homologada su titulación. Un comentario también relativo al resto de las especialidades. Estamos de acuerdo con la vía MIR, pero hay que reformar el actual sistema de cupos, irracional para ciertas especialidades. En nuestra comunidad autónoma, en determinadas islas, estamos financiando plazas de ciertas especialidades que sistemáticamente no quedan cubiertas dentro de la vía MIR, lo que está generando gravísimos problemas para la prestación de esos servicios.

Concluyo ya. Ratificamos nuestro apoyo, señora ministra, en la medida en que avancemos en la línea de desarrollo de nuestro servicio nacional de salud, tal como lo hemos planteado. Resaltamos que el actual Sistema Nacional de Salud es producto de una conquista de todos, de nuestros ciudadanos. Ofrecemos un abanico importante de prestaciones, existe un buen hacer por parte de nuestros profesionales y una importante calidad, que por supuesto hay que mejorar pero, indiscutiblemente, todos debemos sentirnos orgullosos de nuestro Sistema Nacional de Salud para tener fuerzas para defenderlo y mejorar su gestión.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señora ministra de Sanidad y Consumo, señorías, quiero que mis primeras palabras en representación del Grupo Parlamentario Popular, como han hecho otros grupos, sean de cordial bienvenida a la ministra de Sanidad y Consumo. En segundo lugar, señora ministra, mi más cordial felicitación por su espléndida apuesta política por la sanidad pública. Ha hecho usted una intervención amplia, prolija, marcando las pautas más importantes a desarrollar en esta VII Legislatura en los próximos cuatro años, y lo ha hecho, como no podía ser de otra manera, en virtud del contrato que el Partido Popular ofreció a los ciudadanos españoles en las pasadas elecciones: el programa del Gobierno del Partido Popular; y también, como es natural, siguiendo las pautas marcadas por el presidente del Gobierno en su discurso de investidura.

Quiero resaltar de su intervención el gran pacto por la salud que ha ofrecido a todos los grupos parlamentarios; un pacto que pretende, como es natural, ampliar las prestaciones de servicios y dotar de mejor salud a todos los españoles, porque no solamente hablamos de

sanidad, sino que hablamos de consumo y de salud, de ese amplio concepto de salud que ha estado inmerso constantemente en su intervención. Resalta usted algo que ha sido destacado también por otros portavoces, de manera diferente, en relación al qué y al cómo.

Ha insistido usted, a mi juicio con magnífico criterio, en el cómo. ¿Por qué? Porque cuando se hace una oferta de pacto es importante definir no tanto el qué, que lo es y en el que la mayor parte de los grupos políticos que han intervenido previamente van a estar de acuerdo, sino el cómo, que muchas veces es difícil de asumir. Ha hecho usted una apuesta radical, marcadamente definida y no es otra que la cooperación. Y lo ha hecho aquí, en esta Cámara, en los 30 ó 40 días que lleva usted como ministra, poniéndose en relación con todos los interlocutores del sector sanitario. Lo ha hecho en el propio organigrama que ha encajado en el Ministerio de Sanidad y Consumo, un organigrama que marca perfectamente la línea a seguir en estos cuatro años y que da categoría superior al Consejo interterritorial, a la alta inspección del Estado, al sistema de acreditación de centros, es decir, al órgano vital de lo que debe ser la cooperación y la colaboración entre todas las comunidades autónomas en relación con el Ministerio. Así, el secretario general que antes era de Asistencia Sanitaria ahora lo es de Gestión y Cooperación Sanitaria. Este es un matiz importante que quiero destacar y que planea sobre todo lo que es el cómo de ese gran pacto de salud que ha ofrecido la ministra de Sanidad y Consumo a todos los grupos políticos. Lo hace con voluntad de puertas abiertas, invitando a todos los grupos parlamentarios al Ministerio para detallarles cuáles son el modelo y el criterio de ese pacto, con un fin claro y rotundo: la cohesión en todo el territorio nacional para garantizar la mejor salud a todos los ciudadanos, afrontando los problemas directamente, no rehuyéndolos, y acordando en el Consejo interterritorial, que es el marco adecuado, las políticas que van a afectar a todo el territorio nacional, porque, cuando preguntamos para qué todo el mundo está de acuerdo: para garantizar la salud, para garantizar la equidad, para garantizar el aseguramiento, para garantizar el Sistema Nacional de Salud del que todos estamos orgullosos y que todos queremos que mejore.

¿Cuáles son las pautas que ha marcado la ministra y que han sido recogidas por los distintos grupos políticos? La financiación. Todo el mundo está de acuerdo en que son necesarios más recursos para la financiación; ya se incrementaron en la legislatura pasada, y es propuesta de la ministra incidir ante el Ministerio de Hacienda para recabar más. ¿Para qué? Para seguir creando nuevos hospitales, para seguir creando nuevos centros de salud, para completar el sistema de atención primaria, para completar todo el proceso informativo, para garantizar una asistencia de calidad basada en la evidencia a todos los ciudadanos, para que haya una corresponsabilidad y una cohesión y para seguir mejo-

rando, como es natural, el sistema de financiación per cápita. Creo que en esto estamos de acuerdo la mayor parte de los grupos políticos, como también estamos de acuerdo en que hay que culminar el proceso transferencial. La ministra ha hecho una exposición clara y rotunda en el sentido, de completar y culminar el proceso de transferencias que está ya marcado en un modelo descentralizado por la Ley General de Sanidad.

La ministra ha hecho también referencia a las fórmulas de gestión y ha abierto un nuevo capítulo de diálogo en este aspecto. Ha dicho que contempla las nuevas fórmulas de gestión y lo hace sin criterios apriorísticos, basados en el diálogo e implantando dichas fórmulas de gestión de acuerdo con las comunidades autónomas y con las características de cada centro y de cada comunidad autónoma, sólo marcadas por una mejora de la integración en la atención primaria y en la atención especializada con el fin de lograr una autonomía de los centros para que se implante definitivamente la gestión clínica y para que haya una medicina basada, repito, en la evidencia con la incorporación de las mejores técnicas modernas en beneficio de lo que tiene que ser el objetivo de cualquier centro hospitalario, que no debe ser otra cosa que ofrecer los mejores servicios a los ciudadanos y que el control de calidad de los mismos sólo sea la opinión del paciente cuando salga del hospital y diga si le han tratado bien o mal.

Asimismo la ministra ha hecho hincapié en el papel que los profesionales tienen que desarrollar en el Sistema Nacional de Salud y ha hecho apuestas concretas en relación con la formación continuada, con el desarrollo del sistema MIR, con la valoración de las plazas de pregrado y de posgrado, con un esfuerzo importante para concluir con la interinidad, y con el desarrollo de lo que debe ser un estatuto marco y una carrera profesional. La mayor parte de los grupos políticos también estamos de acuerdo con esto y, por lo tanto, sería una faceta más del gran pacto para la salud que ha ofrecido la ministra.

Creo igualmente que la mayor parte de los grupos políticos están de acuerdo en que hay que controlar el crecimiento del gasto de los medicamentos. La señora ministra ya ha incidido en ello y se ha reunido con representantes de las farmacias, de los colegios de farmacéuticos y de Farmaindustria en estos primeros 40 días de su gestión buscando, como es natural, una política de genéricos, una política de precios de referencia y, desde luego, una política de farmacia que sea asumible por todas las comunidades autónomas.

Otro capítulo que quiero resaltar muy brevemente es la incidencia que la ministra de Sanidad y Consumo ha hecho en su intervención en la salud pública, con especial referencia a los marginados y a la mujer, una política de prevención que alargue la vida y que trate adecuadamente, no ya sólo desde un punto de vista asistencial sino preventivo, las distintas enfermedades,

como pueden ser las oncológicas, las degenerativas cerebrales o bien la osteoporosis.

Ha insistido también, como lo hizo el presidente del Gobierno en el discurso de investidura, en la importancia, que la investigación tiene en esta sociedad actual de la información. Tenemos que continuar —la ministra así lo ha dicho— con ese incremento de los recursos para fomentar toda la telemedicina y toda la informatización de los distintos centros hospitalarios y de los centros de salud para garantizar eso que todos conocemos que es fundamental, que es una integración adecuada de la atención primaria y de la atención especializada.

En aras de la brevedad, señor presidente, creo que la ministra de Sanidad y Consumo ha insistido fundamentalmente en otro aspecto, que no es el menor, que es el consumo. Ha hecho una apuesta por incentivar la actuación del Ministerio en el consumo a través del Instituto Nacional de Consumo y de todo lo que se refiere al capítulo de los consumidores.

Para finalizar, señor presidente, haré una brevísima mención en relación con las listas de espera. El Partido Popular ha manifestado públicamente en bastantes ocasiones que las listas de espera no son consustanciales con un sistema público de sanidad. Queremos hoy ratificar este asunto. En la pasada legislatura se hizo un gran esfuerzo para disminuir las listas de espera. Disminuimos los índices de demora media en cantidades verdaderamente importantes y que son recogidas por todos los grupos políticos. Ahora, el Consejo interterritorial ha estudiado un nuevo modelo de tratamiento de dichas listas de espera con el objetivo de reducirlas y de concluir, en la medida de lo posible, no solamente las listas de espera quirúrgicas sino también todas aquellas que afectan a otros medios terapéuticos y, sobre todo, a los procedimientos diagnósticos. A mí me gustaría, señora ministra, que usted nos diera, si fuera posible, cuáles son las cifras que tenemos en el momento actual y cuál es la política que el Consejo interterritorial ha dictaminado para los próximos meses.

Con la seguridad de que el Grupo Parlamentario Popular va a asumir ese gran reto de un gran consenso para la salud y con la esperanza de que todos los grupos políticos colaboren con el Ministerio y con el propio Grupo Parlamentario Popular, finalizo diciendo que estoy convencido de que ese será el mejor éxito para todos los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el turno de intervención de los distintos grupos parlamentarios, tiene la palabra la señora ministra para dar contestación a dichos grupos.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): En primer lugar, quiero expresar el agradecimiento por la bienvenida que me han for-

mulado en esta nuestra Comisión. Ello no era necesario porque soy diputada de este Parlamento hace muchos años y para mí ha sido muy emocionante volver hoy aquí, aunque a este lado de la mesa o de la colina. Repito que ha sido para mí muy emocionante. Llevo muchos años trabajando de portavoz de Política Social y a veces de Sanidad y creo que es un trabajo importante y fundamental en un sistema democrático: el control y la exigencia. Si a lo largo de esta pequeña intervención piensan que he obviado algún tema, no lo interpreten así, sino que todavía estoy un poco desengrasada de mi cultura parlamentaria. Si algún asunto queda en el aire sin contestar, tengan por seguro que lo haré por escrito o en próximas comparecencias.

Gracias por entender que el ser ministra, señora portavoz del Grupo de Izquierda Unida, es debido a la lucha de la mujer. Yo lo comparto. Soy la tercera mujer que es ministra. Aquí tenemos presente a la anterior y la otra se nos pierde en la noche de los tiempos, pero fue y sigue siendo una gran ministra de Sanidad en nuestro país. Ojalá haya más. Yo también quiero trasladar a su grupo político la satisfacción de ver que hay muchas mujeres *portavozas*, podríamos decir, aunque sea una incorrección, de Sanidad. Eso quiere decir que entre todas, con la ayuda de algún hombre, seremos capaces de resolver lo que nos trae aquí.

Como he comentado en mi primera intervención, han pasado catorce años desde la aprobación de la Ley de Sanidad, donde tal vez los posicionamientos estaban más radicalmente enfrentados —y hablo de todos—, lo que ha conllevado, por un proceso lógico del tiempo y de la gestión sanitaria por las comunidades autónomas, que nos hayamos ido acercando todos a una posición de buen entendimiento.

Quiero recordar, porque lo viví en este Parlamento no hace demasiados años, el Pacto de Toledo. La señora portavoz del Grupo Catalán (Convergència i Unió) sabe que surgió de una proposición no de ley su grupo, que asumimos todos, incluido el Gobierno, en aquel momento del Partido Socialista (**la señora López i Chamosa: Fundamentalmente**), que negociamos desde el buen entendimiento, en la línea trazada por el propio Ministerio de Trabajo para buscar soluciones buenas para todos, soluciones a cuestiones que en un momento determinado de la política habían dado lugar a enfrentamientos, pero en aquel entonces la fruta estaba madura para conseguir lo que significó para todos el Pacto de Toledo. El Pacto de Toledo tuvo un proceso largo —insisto, yo participé en la primera parte— y lo hicimos desde el entendimiento y desde la lealtad para buscar entre todos soluciones a problemas reales. Por la experiencia que tuve en el Pacto de Toledo, tengo que decir que mi actitud en este momento es la misma que tuvieron en aquel momento el Gobierno del Partido Socialista y los propios grupos políticos representados en esta Cámara —insisto, yo era portavoz del Partido Popular— para buscar soluciones, para que las

pensiones no fueran armas arrojadizas, para garantizar a los pensionistas un sistema de revalorización automática y para buscar soluciones a la Seguridad Social, a una parte del sistema de protección social, porque lo que nos ocupa hoy también forma parte del sistema de protección social, aunque con fuentes de financiación diferenciadas.

Yo creo que entre todos podemos buscar esas soluciones y yo he escuchado con mucha atención la intervención de la portavoz del Grupo Socialista, la señora Valentín, así como las del resto de los componentes de esta Comisión, y en lo básico estamos de acuerdo, porque en ningún momento en mi intervención ni en mi forma de entender la sanidad he hablado de privatizar. Es algo que en este momento no se le ocurre a nadie. Esa arma arrojadiza de privatizar o no, que no la ha utilizado la señora Valentín en ningún momento, no puede ser interpretada como punto de desencuentro.

La señora Valentín, como algún otro portavoz, ha hablado de modelo economicista y de que no comparezca aquí el señor Rato. Tal vez sería bueno que hiciéramos comparecer aquí en un momento determinado al señor Rato, y en ese caso yo me pongo ahí con ustedes. Es normal, es el ministro de Economía, aunque tal vez nos equivocáramos y tuviéramos que llamar al ministro de Hacienda, que es el que reparte los dineros públicos en el presupuesto general del conjunto de las diferentes acciones que se llevan a cabo a través de los diversos ministerios. Lo que sí es cierto es que todos los estudios de la planificación sanitaria y del modelo de solución de los problemas del Sistema Nacional de Salud cada vez más hablan de algo que es inevitable, de dinero. Por consiguiente, si los españoles hemos decidido, y yo creo que es lo que hay que hacer, que la financiación del Sistema Nacional de Salud sea vía impuestos y no vía cuotas —fue una vieja batalla que mantuvimos durante un tiempo en este Parlamento; era bueno separar las fuentes de financiación, era negativo que los trabajadores pagaran por dos veces la sanidad, por cuotas y por impuestos—, yo creo que la separación en la anterior legislatura de las fuentes de financiación es básica para que podamos seguir avanzando en lo que creo que es común en todas las intervenciones, que es la solución de aquellos problemas que todavía tiene el Sistema Nacional de Salud. La separación de las fuentes de financiación ha sido importante y en ese camino tenemos que seguir andando.

Como bien decía también el portavoz del Grupo Popular, al que agradezco su apoyo, es cierto que esta ministra va a pedir más dinero para la sanidad. Creo que es mi obligación transmitir al resto de los componentes del Gobierno y sobre todo al ministro de Hacienda las necesidades de un Sistema Nacional de Salud acorde con la situación actual de la población y sobre todo lo que para mí es fundamental —lo comparto absolutamente con la señora Valentín y creo que también subyacía en la intervención de casi todos uste-

des— es el ciudadano. Creo que lo he intentado dejar muy claro en mi primera intervención. Es importante que el sistema esté al servicio de los ciudadanos y que estos se sientan bien atendidos por el sistema. Lógicamente, hay que introducir los profundos cambios que está sufriendo la sociedad española, como el resto de las sociedades occidentales: nuevas tecnologías, nuevas enfermedades, envejecimiento de la población, etcétera. Tenemos que estar preparados con tiempo para esas nuevas realidades y para las nuevas exigencias de los ciudadanos; cuanto mejor sea el sistema, más exigente será el ciudadano, y eso es bueno. Por ese camino va el pacto sanitario del que hablo.

Señora diputada representante del Grupo Vasco, señora Uría, yo no puedo hablar hoy de cuáles son los catálogos de prestaciones en el entorno de la política social porque pretendo que eso constituya el pacto sanitario. Si vengo aquí diciendo cuáles son las normas, sobre qué tenemos que hablar y qué tenemos que decir en el pacto sanitario, ¿dónde está la libertad? ¿Dónde las aportaciones del conjunto de los grupos políticos para configurar el pacto? Si es posible ponerlo en marcha, habrá un catálogo de temas a discutir, que será ampliado por las aportaciones de los portavoces de los grupos políticos. Ahora bien —insisto—, si yo digo: se habla de esto, con estos ritmos y en estos tiempos, difícilmente podría entenderse que el talante es negociador y que se trata de buscar soluciones entre todos; estaría imponiendo los temas de los que vayamos a hablar.

Hablando de sanidad, hay un segundo aspecto fundamental para mí: el Consejo interterritorial. Contestando a la pregunta que han planteado también algunas de SS.SS de cuándo se va a culminar el proceso de transferencias, les diré que lo más rápidamente posible. Estaría bien que pudiéramos tenerlo terminado antes del nuevo pacto de financiación, pero no soy yo solamente la que tiene que poner las condiciones. En las conversaciones que hemos iniciado ya con las comunidades autónomas estamos analizando las condiciones de las transferencias. El mandato del presidente del Gobierno y mi propósito es que estén culminadas antes de que finalice la legislatura, pero por el otro lado tiene que haber voluntad real de aceptarlas. **(La señora Valentín Navarro: Sí que la hay.)** La señora Valentín me apostilla porque, seguramente, como consejera que ha sido de una comunidad autónoma, sabrá la opinión de esa comunidad, pero yo tengo la obligación de hablar de todas. En cualquier caso, señora Valentín, estamos hablando con el consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para que su comunidad sea de las primeras, si no la primera; lo mismo que Extremadura, que también ha demostrado voluntad real de recibir las transferencias, y las demás, incluida la comunidad de Madrid, Asturias... todas, pero tiene que darse ese punto de encuentro entre la comunidad autónoma y el Ministerio para que el empeño llegue a convertirse en realidad en el menor plazo

posible, solamente porque el hecho de gestionar nos sitúa en la realidad, más allá de los deseos; es que hablamos de un mandato constitucional y debo y quiero llevarlo a cabo.

Creo que con esto he respondido a la pregunta sobre transferencias.

En cuanto al diálogo social, no me gustaría dejar de aclarar a algún grupo político que ha hecho un análisis negativo del pacto que casi siempre hay dos formas de ver la vida: con un mínimo de optimismo y con una enorme carga de pesimismo. De ninguna intervención de los señores portavoces ni de la mía propia puede desprenderse para los medios de comunicación que el modelo de Sistema Nacional de Salud que nos hemos dado los españoles es negativo; creo que es profundamente positivo y eficaz. Normalmente las noticias que se dan y los análisis que se hacen aquí son sobre las cuestiones que todavía no se han resuelto, pero sería profundamente injusto con el sistema si dijéramos que no es el mejor sistema; es que lo es, y pocos países tienen un mejor sistema sanitario que este. Tal vez me lleva a esto mi excesivo optimismo de ver siempre la botella medio llena y nunca medio vacía, pero yo le diría a la portavoz del Grupo de Izquierda Unida que intente ver también la parte positiva. En ese pacto de sanidad que yo planteo se hablará precisamente de las cuestiones que a ella todavía le preocupan y muchas de ellas nos siguen preocupando a todos, aunque algunos no tengamos ese concepto tan absolutamente cerrado y dogmático de determinadas cuestiones. Yo no acuso a la señora portavoz de dogmática, Dios me libre, sino que la llamaría a la reflexión para buscar entre todos soluciones a modelos de gestión, ya que, de hecho, comunidades autónomas que lo tienen transferido, desde su absoluta autonomía, desde su absoluta decisión de acabar —y estoy convencida de ello— con el problema, han tomado caminos diferentes, pero que si se analizan en profundidad se ve que vienen a ser más o menos los mismos; si analizamos tranquila y serenamente los caminos de nuevas formas de gestión acordados en la comunidad autónoma andaluza, en la canaria, en la vasca, en la catalana, en la valenciana, salvo algunos temas muy concretos, veremos que todos ellos se aproximan de forma importante y estoy convencida de que todos van en la búsqueda de solucionar los problemas reales de los ciudadanos a la hora de conseguir una mejor asistencia sanitaria y una mejor solución de los problemas que se les plantean.

Se nos presentan problemas, como he dicho antes, cambiantes. Qué duda cabe de que los temas relacionados con el genoma humano van a cambiar la dinámica del análisis de las enfermedades y de la medicina. Tendremos que estar preparados para la utilización de los sistemas informáticos y ya hay una apuesta decidida por parte del Gobierno, a través del Ministerio de Ciencia y Tecnología, con el que ya hemos iniciado las conversaciones y estamos poniendo en marcha proyectos

para, diría, unir las inversiones que tanto el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas, el Ministerio de Ciencia y Tecnología estamos haciendo en la investigación sanitaria. Creo que en ese tema, igual que en todos los que estoy hablando, el Consejo interterritorial de Salud debe ser un punto de encuentro fundamental. Efectivamente, como bien decía la representante del Grupo Vasco, hay comunidades que llevan más tiempo —Cataluña también lleva más tiempo— en la gestión del sistema sanitario y que lógicamente tienen acumulada más experiencia. Creo que el Consejo interterritorial es un buen espacio para poder intercambiar y hablar de esas experiencias, para intercambiar esas experiencias para que algunos que todavía no tienen las transferencias no cometan los mismos errores que otros puedan haber cometido. Desde luego, el que exista la Dirección General del Consejo Interterritorial no tiene ninguna otra misión que estar al servicio de dicho Consejo interterritorial y, por tanto, del conjunto de comunidades autónomas, con competencias transferidas y no transferidas, como punto de encuentro, de búsqueda de documentación, para todo aquello que cada consejero y cada comunidad considere en un momento determinado. En mi primera comparecencia ante el Consejo hice llegar a los consejeros el mensaje de que esa no era una Dirección General del Ministerio al servicio de la ministra ni de ningún alto cargo, sino al servicio del conjunto de las comunidades autónomas y como tal lo hemos concebido.

Ha sido voluntad de esta ministra no dedicar excesivo tiempo al Insalud. Yo no soy la ministra del Insalud, también del Insalud, pero no del Insalud. En ese sentido, espero que en las siguientes comparecencias de otros altos cargos de este Ministerio, de los cuales depende realmente la gestión del Insalud, puedan ustedes profundizar en las medidas concretas que se vayan a llevar a cabo en el propio Insalud en el tiempo que nos queda de gestionarlas.

Es cierto que se me han olvidado algunos temas. Se ha hablado aquí de salud mental. Como saben de acuerdo con las comunidades autónomas y de acuerdo con las políticas sociales, que cada vez inciden más en las políticas de salud mental, estamos intentando buscar soluciones iguales para todos y que podamos ser capaces de resolver los problemas teniendo en cuenta que la salud mental ya no solamente es una competencia del Ministerio de Sanidad, sino que, como muchas otras competencias del mismo —y me refiero también a las socio-sanitarias—, están ubicadas no solamente en otros ministerios sino también en otras consejerías, en aquellas comunidades autónomas que tienen transferida la sanidad, que son todavía pocas, pero el conjunto de políticas sociales sí están transferidas a las comunidades autónomas. Tendremos que buscar de nuevo en el seno del Consejo interterritorial esa complicidad, que ya he visto expresada en los medios de comunicación de consejeros de alguna comunidad autónoma,

como de la andaluza y, entre todos, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Sanidad, Consejería de Bienestar Social, Consejería de Sanidad, Consejo interterritorial de la Salud, debemos buscar soluciones que son ya necesarias —y estoy de acuerdo con la señora Valentín— poner en marcha, como es la atención sociosanitaria. Estoy convencida de que seremos capaces de conseguir estos acuerdos que se tienen que convertir en saber qué financiación van a poner las comunidades autónomas, qué financiación vamos a poner los ministerios y qué aportación, contando con los municipios. Quiero decir que tengo una cierta experiencia en la atención sociosanitaria por mis cinco años como alcaldesa de Málaga y dan unos resultados fantásticos. Hemos sido capaces de poner en marcha proyectos innovadores que han dado un magnífico resultado y son perfectamente transferibles a otros ayuntamientos. Creo que vía la FEMP seremos capaces de aunar esas experiencias dispersas de algunos ayuntamientos para convertirlo en un marco global que haga posible que la financiación que aportamos cada uno sea más rentable socialmente hablando.

Se ha hablado también del estatuto marco. Debo decir que es un proyecto que hasta ahora no ha dado a luz, es como un parto enorme, porque llevamos 14 años hablando del estatuto marco. Alguna vez he hablado del mismo, así como ministros anteriores. Pienso que si hasta ahora no se ha traído ha sido por las enormes dificultades que conlleva. Hemos mantenido ya conversaciones con los sindicatos. Creemos que es necesario un diálogo fluido, sin reservas mentales, con los sindicatos para resolver el estatuto marco, teniendo en cuenta las competencias de las comunidades autónomas, que en ningún caso pretendemos invadir. No traslade usted a esta Comisión problemas que corresponden a políticas que, aunque nos preocupan a todos, no se refieren al modelo de sanidad.

Esperamos ser capaces de resolver los problemas del estatuto marco y, si es necesario —y me gustaría que este tema fuese parte de ese diálogo sanitario—, saber hasta dónde y cómo llevarlo, porque es complicado traer aquí un estatuto marco. Imagínense ustedes que yo me subo al caballo blanco, cosa que no hago nunca, decido traerlo y se aprueba. Si las comunidades autónomas no lo van a aplicar, porque tienen otros modelos diferentes y tienen derecho a hacerlo, difícilmente podremos aplicar ese estatuto marco en su totalidad. Por sentido común, por el sentido que he dado a mi vida política de diálogo, de consenso, y porque sería malo para el conjunto de los trabajadores del sistema, creo necesario que se plantee este tema en ese pacto sanitario.

También se ha hablado del gasto farmacéutico. Señorías, eso es algo que a todos nos atañe y a todos nos preocupa, porque en España el gasto sanitario sigue siendo excesivo en relación con otros países de la Unión Europea en porcentajes del PIB. En este

momento el gasto total farmacéutico, no el público, en relación con porcentajes del PIB de países de la Unión Europea, es el siguiente: España está en 1,5; Austria está en 1,2; Alemania en 1,3; Finlandia en 1,1; Francia en 1,7; Holanda en 0,9; Italia en 1,5. Cuando nos trasladamos al gasto público, es decir, lo que nos gastamos dentro de los Presupuestos Generales del Estado, los porcentajes son los siguientes: Alemania está en un 0,9; Bélgica en un 0,6; Dinamarca en un 0,4; Finlandia en un 0,5; Francia en 1 y España en 1,1, del PIB. Creo que este porcentaje es mayor, porque esto son fuentes de prorrateo OCDE 1999, pero cuando analizamos los datos reales de gasto farmacéutico estamos en torno al 25 por ciento del total que dedicamos a la sanidad: de los cinco billones, un billón trescientos mil millones se dedican a gasto sanitario. Esto significa que seguimos gastando excesivo dinero en productos farmacéuticos. Yo creo que se han hecho esfuerzos importantes en estos años. De hecho, el incremento del gasto en el período 1986-1995 fue del 14,6 acumulativo y en el período 1996-1999 del 8,6. ¿Podemos estar satisfechos? No, tenemos que seguir trabajando en la búsqueda de soluciones para el control del gasto farmacéutico. Aquí tenemos que ser profundamente claros. Yo pretendo que las medidas coyunturales sean las menos posibles.

Me gustaría poner en marcha el pacto sanitario lo antes posible. Algún portavoz me pide, la señora Riera entre otras, que no tome demasiadas medidas mientras esté hablando de pacto sanitario. Hay veces que lo mejor es enemigo de lo bueno. Si no conseguimos que el pacto sanitario se ponga en marcha rápidamente posiblemente usted misma, señora Riera, y si no otros portavoces y con razón, me acusarían de no saber tomar medidas, de inacción. Tendríamos que buscar el equilibrio entre tomar medidas concretas que no afecten al modelo sanitario y que hagan posible ese pacto sanitario del que estamos hablando. Pero deberá entender la señora Riera que seguimos gastando mucho en medicina, y que tenemos que introducir mejoras. ¿Que me gustaría que todas esas mejoras en el gasto farmacéutico se tomaran en el seno del Consejo interterritorial? Sí, porque esto no afecta solamente a la ministra de Sanidad. Es muy fácil decir a la ministra de Sanidad que no sabe controlar el gasto farmacéutico. A mí me gustaría que hubiese la posibilidad de preguntar a los consejeros de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Canarias. ¿Por qué? Porque todos estamos inmersos en el mismo problema. Precisamente el Insalud, gestión de este Ministerio, y el de Andalucía son los que mejor estamos controlando el gasto farmacéutico, según datos a los que podemos tener acceso, que en este tema concreto son casi todos, por no decir todos. Siendo un problema de todos, a mí me gustaría dejarlo en un problema de todos y, por lo tanto, que entre todos en el Consejo interterritorial seamos capaces de buscar esas soluciones, y las encontraremos si no lo utilizamos

como arma arrojadiza política, por lo menos en el seno del Consejo.

El Parlamento tiene su papel, los portavoces parlamentarios y los grupos políticos tienen su papel, que deben cumplir porque es la exigencia que marca la propia Constitución y el propio hecho de la democracia, que es el control del Ejecutivo, entre otras cosas. Pero déjenme que en el seno del Consejo interterritorial aparque y aparquemos todas nuestras vinculaciones a cada uno de los partidos políticos que nos han llevado a gestionar, o bien a una comunidad autónoma o bien en este caso al Ejecutivo nacional para buscar puntos de encuentro. Ha sido mi deseo desde el principio. Creo que en la primera reunión —y debo agradecer a cada uno de los consejeros el esfuerzo que han hecho, transferidos y no transferidos— las aportaciones realizadas por los consejeros de las comunidades autónomas no transferidas fue enorme y no tenían competencias directas. Por lo tanto me gustaría ese ejercicio de buena voluntad, ese ejercicio de búsqueda de soluciones entre todos que en el Consejo hemos conseguido que se pronuncie y que se establezca, y voy a hacer todos los esfuerzos posibles porque así sea. Ese camino emprendido lo vamos a seguir con mayor o menor éxito, eso depende de muchos, pero yo lo voy a intentar por todos los medios y estoy convencida de que los consejeros de sanidad lo van a intentar también.

Por consiguiente, pretendo que en el ámbito del Consejo no entre la política, y me refiero a la política partidaria. Aquí y en los parlamentos autonómicos es la esencia del sistema democrático. Por lo tanto, sería absurdo pedir que no se produjeran los lógicos enfrentamientos, las lógicas críticas de los partidos políticos. Pero en el seno del Consejo hemos buscado un camino de encuentro, y cuando menos desearía que pudiéramos seguir trabajando en él. Desde luego el gasto farmacéutico es uno de los problemas que tendremos que discutir en ese Consejo, buscando consenso. Estoy convencida, como lo fue en el primero, de que los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas no transferidas harán una aportación fundamental, la hicieron ya porque, entre otras cosas, hay grandes expertos sanitarios en esas consejerías y aportaron medidas importantes que se recogieron en el documento final.

Se habla de la financiación. Ya hemos planteado la voluntad política de este Ministerio de contribuir a la búsqueda de esas soluciones para transmitir las al resto de los miembros del Gobierno, sobre todo al Ministerio de Hacienda, por cuanto yo invito también a los diferentes partidos políticos que tienen competencias transferidas que hagan el mismo ejercicio, y también al consejero de Sanidad con la consejera o consejero de Economía y Hacienda en su difícil labor para conseguir mayores fondos para políticas relacionadas con el Ministerio de Sanidad, porque tendremos que plantear —y de hecho ya lo estamos haciendo en el Ministerio— para la negociación del modelo de financiación si

algún presidente de las comunidades autónomas tiene que estar incluido en el marco general de la negociación o si todavía la financiación debe ser finalista y condicionada. Hay debate sobre esa cuestión, que será una de las que también tendremos que resolver. También se tendrá que resolver en el seno de las propias comunidades autónomas porque creo que habrá diferentes criterios.

Yo quiero dar unos datos sobre la evolución de la financiación estatal de la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta que la financiación siempre se ha hecho en torno al PIB y no en torno al IPC. Lo digo porque alguien puede entender que por ahí hemos ido. Por ejemplo, partiendo de un presupuesto base 100, en el año 1995 la evolución de la financiación en términos de precios/IPC 1999 hubiera sido 110,8 puntos; en términos de PIB ha sido 125,1 puntos. Por lo tanto, creo que el esfuerzo se ha acumulado a lo largo de todos estos años, y no me estoy refiriendo solamente a los últimos cuatro años, y creo que tendremos que seguir profundizando en una mayor asignación financiera de la sanidad. Insisto, han sido importantes no sólo a lo largo de estos años, sino desde el año 1993, sobre cuyos datos he trabajado en este momento. Por lo tanto, seguiremos trabajando con la colaboración de todos. Tampoco quiero transmitir la sensación de que desde que la Ley de sanidad es aprobada no se han hecho esfuerzos. Se han hecho esfuerzos e importantes y seguiremos en ese mismo camino.

Respecto a preguntas más concretas que los señores diputados han formulado a lo largo de esta comparecencia, y pidiendo disculpas si alguna no he contestado porque posiblemente no la recuerde en este momento o no tenga los datos en la mano, pero serán contestadas, quiero decir que utilizar el número de camas como permanente referencia de la mala sanidad que tenemos los españoles es una mecánica que tampoco se usa demasiado en los sistemas más avanzados. Además, si usted compara los datos relativos a las camas hospitalarias con los del resto de los países de la Unión Europea —me estoy refiriendo a la portavoz del Grupo de Izquierda Unida—, usted verá que en el número de camas totales España tiene un papel regular, pero cuando pasamos a camas hospitalarias —es decir, agudos o crónicos—, las necesidades mayores en otros países de la Unión están dirigidas más a camas de larga estancia que a las de agudos. Por lo tanto, con el planteamiento de los socios sanitarios que hemos hecho aquí entre todos creo que podemos empezar a resolver ese problema.

Aparte le voy a dar un dato respecto al número de camas. Con la medicina ambulatoria, con los hospitales de día, etcétera, se está resolviendo un problema que era endémico en el pasado. La propia dinámica no sólo de los sistemas de gestión sino de los avances tecnológicos y sanitarios no hacen necesario como base fundamental del análisis de un buen sistema sanitario sólo y exclusivamente el número de camas. Le voy a dar un

dato. Por ejemplo, el señor Blair solamente en la ciudad de Londres va a destruir en cinco años 5.000 camas no porque quiera bajar el sistema, sino porque no le son ya necesarias. Por lo tanto, no convirtamos el sistema en el santo y el santo en la peana, es decir, busquemos soluciones al Sistema nacional de Salud, siendo capaces todos de abandonar algunos prejuicios, en tanto juicios previos que la propia dinámica de la realidad nos está adelantando.

Señora Valentín, fíjese si me importa el ciudadano —siguiendo los criterios del señor Blair— que coincido con él cuando decía que hay que poner la calidad en el corazón del Sistema Nacional de Salud. Eso es lo que yo pretendo: la calidad para el servicio al ciudadano, la mejor calidad posible. En ese sentido van todas las medidas en políticas de motivación del personal sanitario.

Antes hablábamos del gasto farmacéutico, pero no olvidemos que el gasto farmacéutico lo prescriben los médicos. Por lo tanto, tenemos que adoptar medidas de convencimiento al conjunto de los que prescriben para un mayor uso del genérico, para una mejor adecuación a la hora de recetar medicinas, porque la única solución del sistema y de la atención primaria no es recetar medicinas. Nosotros planteamos un análisis del sistema asistencial primario para buscar soluciones que resuelvan el problema de la sensación que en algún momento pueda tener algún paciente de una mala asistencia. No se sustituye una mala asistencia con un excesivo uso del medicamento.

Quiero terminar mi intervención refiriéndome a una pregunta que han formulado la señora Valentín y el portavoz del Grupo Popular, me refiero al plan de choque. Es cierto, señora Valentín, que aprobamos un plan de choque, efectivamente la puesta en marcha se anunció para el día de hoy. Se ha puesto en marcha ese plan de choque territorio Insalud. Teniendo en cuenta que hay otras comunidades autónomas que ya han presentado sus planes de choque, como es la comunidad andaluza y la comunidad catalana, sin embargo nosotros nos hemos limitado al territorio Insalud. El objetivo de este plan es que a 30 de septiembre del año 2000 la demora máxima para intervenciones en cirugía cardiovascular sea de sesenta días; el plazo ha comenzado hoy. La fase inicial para las actuaciones tendentes a incrementar la actividad finaliza el 30 de septiembre y la fase de mantenimiento posterior tiene como finalidad mantener la demora máxima en los sesenta días.

Respecto a las actuaciones previstas en las listas de espera ya existentes, como usted sabe algunos hospitales —los hospitales de La Paz y la Princesa— no tenían cama de reanimación y se está en ello para solventarlo; se va a asignar más jornada quirúrgica en horario de mañana; la programación de intervenciones en época estival —que como ustedes saben los rendimientos bajan por las vacaciones— vamos a incrementarla y vamos a ser muy cuidadosos con el uso del quirófano

por las tardes para que las mal llamadas peonadas no signifiquen una mala gestión del horario de mañana sino todo lo contrario. Los horarios de mañana se van a controlar para que no suceda algo que ocurre pocas veces, lo que usted llama la desviación de enfermos a la tarde, para cobrar por, lo que usted mal llama, peonadas. Los gerentes y jefes de servicio ya tienen las órdenes adecuadas para el control de esa situación.

Se va a poner en marcha la programación de los 13 hospitales del sistema. El ciudadano que quiera esperar más de dos meses, tendrá que aceptar por escrito que quiere esperar más de dos meses porque tiene más confianza en el servicio de su hospital de referencia, pero tendrá que determinar por escrito que lo acepta y, en caso contrario, se desviará a un servicio de un hospital del sistema público y como último recurso irá a un centro concertado. En este sentido con el nuevo proyecto las previsiones que tenemos son de 417 intervenciones más en el sistema público y planeamos la derivación a hospitales concertados de 172 procesos.

La financiación de las listas de espera se hará con el presupuesto ordinario del Insalud y constará de 181.652.0000 pesetas, destinadas a gastos de personal; 293.300.000 pesetas se emplearán en gastos de material y el coste de las derivaciones será de 252 millones de pesetas.

Como verán, estará en torno a 600 millones de pesetas el importe total del plan de choque que, como he dicho, irá con los presupuestos ordinarios del Insalud porque, entre otras cosas, en el Consejo interterritorial acordamos que los planes de choque de la lista de espera los asumirá cada sistema de salud con cargo a sus presupuestos ordinarios. Diferente es lo que a final de año se deduzca de la comisión de expertos que hemos creado en el seno del Consejo que, lógicamente, formaría parte del nuevo modelo de financiación 2002-2005.

Se me han podido quedar algunas cosas sin contestar, por lo que pido disculpas a los intervinientes, pero creo que en líneas generales he contestado a todas las preguntas planteadas. Agradezco su intervención y la actitud de diálogo de la mayoría de los grupos que componen esta Cámara y me pongo a su disposición garantizándoles que no será posible la negociación y el consenso si no tienen como preámbulo la lealtad absoluta. Por lo tanto, ofrezco a esta Cámara lealtad y transparencia en la negociación para conseguir los objetivos que a todos los que componemos esta Comisión nos mueven, que son una mejor sanidad para todos, una garantía de universalización y de calidad en el sistema público de sanidad y conseguir que los ciudadanos se sientan cada vez más contentos de nuestra forma de gestionar la sanidad.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora ministra. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

Señora Valentín, ¿para qué me solicita la palabra?

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente si me permite, quisiera comentar dos cuestiones de forma telegráfica. Me parece que, por la hora que es, se puede todavía hacer alguna reflexión, repito, telegráfica.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Valentín sabe que no existe turno de réplica en estas comparecencias. No obstante, si es telegráfica y concreta alguna pregunta, como esta Presidencia estima y comparte lo que ha dicho la señora ministra respecto a que quizá no haya contestado puntualmente a algo, aunque cree por otro lado que ha sido amplia su contestación a todos los grupos sobre los temas importantes que se han planteado en sus intervenciones, le doy tres minutos para alguna puntualización concreta que quiera hacer a la señora ministra, contando la señora Valentín con que habrá datos que posiblemente la señora ministra no tenga y no le pueda dar en este momento, por lo que, como ha dicho, ha ofrecido su colaboración en mandarlos por escrito o facilitarlos en futuras comparecencias.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, señora ministra, ha sido tan emocionante para usted volver a esta Cámara y le merece tanto respeto el Parlamento, que en esta era de los planes frenéticos de choque del Partido Popular ha preferido usted dar los datos sobre el plan de choque de listas de espera de cirugía cardíaca, exclusivamente, a los medios de comunicación antes que explicárnoslos a los representantes de los ciudadanos, precisamente aprovechando el receso que ningún grupo político ha pedido y que se ha producido después de su intervención.

En segundo lugar, quería comentar que ha pasado muy de puntillas sobre los temas importantes de la sanidad de este país y que entiendo que respecto a las preguntas concretas que se le han planteado pueda no tener los datos aquí, pero me gustaría relatarlas telegráficamente para que en algún momento podamos tener su respuesta: Financiación, incremento de recursos y criterios de reparto. Transferencias, plazo. Política farmacéutica, medidas concretas y qué piensa de la liberalización de las oficinas de farmacia. Plan nacional de salud mental. Personal, marco de relaciones, carrera profesional, sistema de retribuciones y oferta pública de empleo de 1997. Salud pública. Agencia Nacional de Seguros de la Alimentación (funciones y dependencia). Centro Nacional de Investigación Oncológica. Plan estratégico del Insalud. Listas de espera generales, señora ministra, no nos ciñamos a la punta del iceberg que son las listas de espera de cirugía cardíaca. Creo que los ciudadanos españoles tenemos derecho a saber en qué situación nos encontramos a la hora de esperar cualquier tipo de acceso al servicio sanitario.

Por último, con respecto al pacto, señora ministra, lo plantea usted con idéntica finalidad que se planteó la subcomisión en el año 1996. ¿No sirven las conclusiones de aquella subcomisión del año 1996? El modelo lo tenemos definido. La gestión tiene que llevarla a cabo cada comunidad autónoma porque tienen que transferir inmediatamente la gestión de los servicios sanitarios, con lo cual sería importante que usted, como ministra, cumpla con aquellas competencias, como son personal, política farmacéutica, alta inspección, prestaciones, financiación, y por supuesto de autoridad sanitaria y de coordinación para garantizar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos ante los servicios sanitarios. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor presidente, simplemente para aclarar un asunto. Es cortesía parlamentaria que después de la intervención del ministro compareciente haya cinco minutos para que los portavoces de los distintos grupos puedan clasificar y ordenar su debate. Si el señor presidente no lo hubiera hecho el Grupo Parlamentario Popular habría pedido esos cinco minutos de cortesía. **(El señor Aymerich Cano pide la palabra.)**

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

El señor **AYMERICH CANO**: Señor presidente, haciendo uso del turno telegráfico de réplica, que supongo que tendremos todos los grupos, sólo quería poner de manifiesto unas cuestiones que la señora ministra no respondió. Le pregunté sobre la política que el Ministerio va a realizar acerca de la salud y los derechos reproductores de las mujeres; si va a garantizar el Ministerio, puesto que cae dentro del ámbito de sus competencias, dentro de los estrechos marcos en que se reconoce en la legislación vigente, el derecho de las mujeres a abortar dentro del sistema sanitario público, con la regulación de la objeción de conciencia, legítima también, del personal sanitario. Le pregunté acerca de la exclusividad y de la incompatibilidad del personal sanitario que ejerce en la red pública, si va a poder o no ejercer en la red privada. Tampoco contestó a esto, y no creo que sea una cuestión de datos, es una cuestión de voluntad política, o de línea política que se pretende seguir por parte del Ministerio. Creo que estoy en mi derecho de hacerle estas preguntas puesto que está aquí para dar cuentas y para que la controlemos, en el sentido parlamentario del término. **(La señora ministra de Sanidad y Consumo, Villalobos Talero: Menos mal.—Risas.)**

Le pregunté también acerca de los criterios de dispersión poblacional y de envejecimiento de la población, que como justifiqué en mi intervención primera

perjudican el actual sistema de financiación de mi país, de Galicia. **(La señora Castro Fonseca pide la palabra.)**

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Señora ministra, muy brevemente, para decirle que me da la sensación de que ha habido un desencuentro entre usted y yo que no está fundamentado en mi discurso sino en sus prejuicios personales. Yo, como española, valoro muchísimo el Servicio Nacional de Salud, producto de conquistas históricas de más de 100 años de lucha de la clase trabajadora; lo único que he querido dejar claro en este foro es que vamos a defender este Servicio Nacional de Salud con uñas y dientes. Si usted está en ese camino, estaremos juntas; si usted, por el contrario, persiste en las políticas de los últimos cuatro años del Partido Popular, tendrá una firme contrincante en esta portavoz de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar la señora ministra, rogándole la misma brevedad que al resto de los comparecientes.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): La emoción no me nubla el entendimiento, ni muchísimo menos.

Señora Valentín, en primer lugar me gustaría que usted entendiera que yo podré ser culpable, si usted lo quiere poner en esos términos tan amables, de las listas de espera del Insalud, pero desde luego de las que tiene su compañero Vallejo, no; de esas, no. Por tanto, es muy difícil que yo le pueda dar a usted listas de espera globalizadas para que los españoles sepamos de qué hablamos cuando el señor Vallejo no me las da. Es muy complicado. Además, no se las da tampoco al Parlamento de Andalucía. Creo que hace unos días las dio por hospital a los medios de comunicación precisamente. Hay cuestiones, señora Valentín, que debemos situar en el ámbito de lo que debe ser, del deber ser. En ese sentido, cada comunidad autónoma —por eso se ha creado ese grupo de expertos— tiene diferentes formas de ver las listas de espera y de cuantificarlas. Lo que pretendemos en el Consejo Interterritorial es buscar una única fórmula precisamente para conseguir lo que hasta ahora no se ha hecho, que los españoles sepan de verdad, en términos homogéneos, qué listas de espera tenemos. Ese es el camino en el que voy a seguir trabajando; me encantaría encontrarme con usted en él pero, si no, lo seguiré sola.

Hace S.S. algunas preguntas añadidas a su primera intervención, porque del oncológico ni siquiera había hablado **(La señora Valentín Navarro: Mire la intervención.)** Bien, me parece importante que también usted esté preocupada por un tema en el que he dicho claramente que vamos a seguir avanzando. Respecto

de la oferta pública de empleo, usted sabe que hay sentencias de diferentes tribunales en sentidos contradictorios. Estamos intentando resolver un problema y lo haremos en consenso con los sindicatos, que son los que en este momento está lógicamente más preocupados por la solución final de estas ofertas públicas de empleo, de difícil solución en este instante.

Creo que he contestado a bastantes de las preguntas que me ha formulado, pero tal vez tenga usted un concepto diferente de lo que debe hacer una ministra. Permita que mientras yo lo sea actúe de la forma que entiendo debo hacerlo. Si yo le dijera a usted exactamente cómo se va a hacer la financiación, los consejeros y los presidentes de las comunidades autónomas y usted misma me dirían: ¿Y usted quién es para decir lo que se va a hacer? Si estoy diciendo que quiero ubicar en el marco del Consejo Interterritorial la negociación con las comunidades autónomas en su conjunto, malo sería que la señora ministra de Sanidad y Consumo dijese no las reglas del juego, que las conocemos todos, sino a qué jugamos: si me traigo las cartas del mus o jugamos a la canasta. Yo no juego a ninguna de las dos cosas, pero creo que utilizan fórmulas diferentes. Por lo tanto, sería malo que yo le dijera que la financiación es ésta y con estos términos y esto es lo que hay: café con leche para todos y el que quiere lo toma y el que

no, lo deja. Ese puede ser un estilo de gobernar, ustedes lo han practicado durante muchos años. Yo no lo voy a practicar, señora Valentín, porque creo que no es bueno en este momento y no lo voy a hacer. Quiero hacerlo desde el consenso y así es como voy a actuar a lo largo de este tiempo. **(La señora Valentín Navarro: Transmítalo.)**

Señora portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, le pido disculpas si ha entendido en algún momento que yo pusiera en duda su confianza en el sistema. Si usted ha podido entender que hay un desencuentro, le garantizo que, aunque lógicamente en algunas cuestiones nos separemos porque pertenecemos a grupos políticos diferentes, en la defensa del modelo y en muchas otras nos vamos a encontrar (de forma que ni siquiera creo que se pueda producir ese mínimo desencuentro) para buscar soluciones entre todos.

Agradezco las palabras de cada uno de ustedes. Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora ministra.

Terminados los asuntos del orden del día, se levanta la sesión.

Era la una y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**