



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 416

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 21

celebrada el miércoles, 13 de febrero de 2002

Página

ORDEN DEL DÍA:

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

- | | |
|--|-------|
| — Sus planes en relación con la promulgación de una ley de cooperación sanitaria, así como con la redacción de un estatuto del personal sanitario. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000639.) | 13472 |
| — El estatuto marco. A petición propia. (Número de expediente 214/000105.) | 13472 |
| — La ley de cooperación sanitaria. A petición propia. (Número de expediente 214/000106.) | 13472 |
| — La situación en que se encuentra el cumplimiento de la moción aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados, el día 13 de septiembre de 2001, sobre las previsiones del Gobierno en relación con el desarrollo de la ley 14/1986, general de sanidad, artículo 84, estatuto marco, y | |

la transposición de la normativa europea en materia de jornada de trabajo. A solicitud del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. (Número de expediente 213/000678.) 13472

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

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo.

Como asunto previo, someto a la consideración de los miembros de la Comisión el nombramiento de la ponencia encargada de informar del proyecto de ley 121/43, de ayudas sociales por hepatitis C. Como saben, la ponencia está compuesta por los señores: Mingo Zapatero, Zambrano Vázquez, Rodríguez López, Valentín Navarro, Riera i Ben, Castro Fonseca y Julios Reyes. ¿Se aprueba? (**Asentimiento.**) Muchas gracias.

Queda constituida la ponencia en los términos expuestos.

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos, a continuación, a desarrollar el orden del día que SS.SS. conocen, que es la petición de comparecencia de la ministra de Sanidad y Consumo para que explique sus planes en relación con la promulgación de una ley de cooperación sanitaria, así como con la redacción de un estatuto del personal sanitario. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y por el Gobierno. El Grupo Parlamentario de Coalición Canaria ha solicitado la comparecencia de la ministra para que informe sobre el desarrollo del estatuto marco y sobre la transposición de la normativa europea en materia de jornada de trabajo.

Doy la bienvenida a la señora ministra y, sin más, le concedo la palabra.

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

Buenos días a todos los miembros de la Comisión de Sanidad del Congreso, reunidos aquí hoy a la vuelta de las vacaciones.

Efectivamente, presidente, comparezco ante esta Cámara para informarles sobre las actuaciones que se han seguido en relación con la finalización del proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las 10 comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución y sobre las

repercusiones que se derivan de este hecho para la política sanitaria.

Hoy todos coincidimos en que las transferencias recientemente culminadas constituyen un acontecimiento crucial para la sanidad de nuestro país y marcan sin duda un punto de inflexión en el Sistema Nacional de Salud. El proceso de traspaso de funciones, bienes y servicios del Insalud a las comunidades autónomas de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia, que acabamos de concluir, ha sido un objetivo prioritario del Gobierno para esta legislatura en cuyo cumplimiento ha venido trabajando con especial dedicación y esfuerzo el Ministerio de Sanidad. Con esta última fase del proceso de transferencias hemos culminado el objetivo de descentralización iniciado en 1981 con la Comunidad Autónoma de Cataluña y continuado con la Comunidad Autónoma de Andalucía, en 1984, con las del País Vasco y Valencia, en 1987, con las de Galicia y Navarra, en 1990, y finalmente, en 1994, con la Comunidad Autónoma de Canarias. Estamos hablando en definitiva de un largo proceso de casi 20 años de duración.

Para mí, como ministra del Gobierno, ha sido fundamental el compromiso de completar el mapa del Sistema Nacional de Salud en el corto período de tiempo en que se ha realizado. Desde el punto de vista del Gobierno, no se podía seguir manteniendo un sistema en el que una serie de comunidades autónomas tuviesen competencias de gestión mientras otras no las tenían. Además, en las comunidades gestionadas por el Insalud ya se había llevado a cabo la reforma de sus estatutos, lo que implicaba necesariamente la aceptación de la gestión de la asistencia sanitaria. Respecto a este último y gran esfuerzo transferencial, quisiera insistir en mi satisfacción por el logro de los objetivos previstos por el Gobierno y por este ministerio a la hora de planificar un proceso que se ha caracterizado por su homogeneidad y simultaneidad en el tiempo; un proceso que ha sabido sincronizar la negociación con las 10 comunidades y que ha aprovechado la referencia de los traspasos del Insalud y la experiencia que han permitido acumular. Hay que tener en cuenta que este proceso de transferencias y la consiguiente convocatoria de las ponencias técnicas ha discurrido en paralelo con la negociación del modelo de financiación autonómica,

correspondiente al Consejo de Política Fiscal y Financiera. Ello nos ha permitido llegar al objetivo final de hacer efectivos los traspasos el 1 de enero de 2002, tal como anuncié en mi primera comparecencia ante esta Comisión el 13 de junio de 2000, culminando el proceso el pasado 28 de diciembre de 2001 con la aprobación de los correspondientes reales decretos de transferencias.

En definitiva, me complace poder decir hoy a SS.SS. que el proceso transferencial ha concluido satisfactoriamente para todos, conforme al calendario previsto y gracias al esfuerzo, receptividad e interés del ministerio del que soy titular y de las comunidades autónomas implicadas. Podemos afirmar que se ha hecho efectiva la descentralización sanitaria recogida por la Ley General de Sanidad de 1986, quedando así definitivamente configurado el modelo de Sistema Nacional de Salud y contando al propio tiempo con la aplicación a todas las comunidades autónomas del nuevo de financiación de la sanidad. Diecisiete comunidades autónomas tienen ya capacidad plena de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, asumida y recogida por sus respectivos estatutos de autonomía, y el marco de financiación que permite mantener y mejorar el nivel y calidad de las prestaciones de la sanidad pública de nuestro país. Una vez alcanzado este hito, creo que todos podemos coincidir, desde nuestras responsabilidades, en que estamos asistiendo a un momento histórico crucial para nuestro Sistema Nacional de Salud, para su desarrollo y para la explotación de todo su potencial y excelencia. Me refiero, señorías, al deber que tenemos todos de dar un paso más para avanzar hacia la consolidación de la coordinación del sistema, deber que el ministerio del que soy titular asume y quiere liderar y garantizar para todos los ciudadanos de nuestro país. Liderar y garantizar la coordinación del sistema significa empezar a trabajar dentro de una dimensión de responsabilidad y participación de todos los agentes del sistema descentralizado de salud para dotarnos de un marco legal que de forma clara nos indique cuáles son los retos, responsabilidades y relaciones de y entre el Estado y las comunidades autónomas, teniendo en cuenta que estos contenidos no plantean interferencias ni en las competencias transferidas ni en las responsabilidades del Estado.

Ante este escenario, además, el Ministerio de Sanidad y Consumo debe tomar posición para poder contribuir a esta mejora del sistema, entendiendo que, al descentralizarse definitivamente el modelo, una vez pasado el periodo de transición de tres meses en el Insalud y las diez comunidades transferidas, puede y debe desarrollar con total plenitud y autoridad su rol de cohesionador y vertebrador del sistema, asumiendo el liderazgo y la iniciativa en esta materia. Por tanto, estamos hablando de oportunidad, de responsabilidad y de avance del sistema, concretando todo ello en consolidar y fortalecer las bases que garantizan sus principios

de cohesión y solidaridad respecto a la protección de la salud en condiciones de igualdad de los ciudadanos. Considero en consecuencia que el abordaje de todos estos conceptos que deben impulsar y mejorar el grado de coordinación, cooperación y participación en el Sistema Nacional de Salud debe reflejarse y desarrollarse oportunamente en una ley cuyo último fin debe ser y será el reconocimiento del ciudadano como eje del Sistema Nacional de Salud y destinatario del trabajo de todos los que tenemos, desde nuestras responsabilidades y competencias, esta obligación, un ciudadano que va a seguir pidiendo respuestas, a través de sus interlocutores y de los mecanismos de opinión existentes, sobre la evolución de este proceso descentralizado de prestación de asistencia, de su calidad y de la garantía de la igualdad del acceso a la misma. Este es el objetivo general de la ley: dar respuesta a la exigencia del ciudadano de poseer un sistema de salud en continua mejora y capacidad de resolución, que garantice, dentro de la oportunidad y los beneficios que supone la descentralización, la igualdad en todo momento de la protección de la salud. Esta ley se objetiva por tanto en la garantía del cumplimiento de los derechos constitucionales en la protección de la salud y en la asistencia sanitaria, potenciando el funcionamiento y evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud, conforme a los principios de solidaridad, equidad, cohesión social, eficiencia y participación ciudadana. Para ello se establecerán las medidas necesarias para incrementar la eficacia, la eficiencia, la seguridad y la calidad en el ejercicio de las actividades sanitarias, tanto públicas como privadas, adaptando la prestación de los servicios a las necesidades y demandas ciudadanas y regulando las actuaciones de los poderes públicos que garanticen estos derechos constitucionales en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Una vez definido el objetivo de la ley es necesario concretar en qué términos se entiende la protección de los derechos anteriores. Nos referimos a estos derechos en términos de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias sustentadas en un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Este catálogo recogerá aquellas prestaciones sanitarias que, como mínimo, las comunidades autónomas se obligan a proveer a todos los ciudadanos, en función de sus necesidades de salud y en términos de igualdad de acceso efectivo. La ley, señorías, incorporará las condiciones y requisitos para la elaboración y aprobación del catálogo de prestaciones, sus posibles modificaciones y la incorporación de nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, dando la oportuna publicidad al mismo y estableciendo las garantías de cumplimiento de los requisitos mínimos básicos y comunes para la prestación de esos servicios. Asimismo, la ley contemplará y regulará la posibilidad de la oferta por parte de las comunidades autónomas de prestaciones

adicionales a las recogidas en el catálogo. Evidentemente, señorías, los contenidos respecto a la ordenación de prestaciones de la atención sanitaria de la Seguridad Social suscita, sin solución de continuidad, el siguiente y segundo aspecto nuclear de la ley: las actuaciones de coordinación y cooperación de las administraciones sanitarias en materia de protección de la salud. Esta es la otra piedra angular de la ley respecto al derecho de igualdad efectiva de los ciudadanos. El Estado en este aspecto debe y quiere asumir el liderazgo estratégico en la coordinación general del Sistema Nacional de Salud, estimulando su mejora continuada y convirtiéndose en el canalizador y aglutinante de las iniciativas y propuestas desarrolladas en el ámbito de los respectivos servicios de salud de las comunidades autónomas.

En cuanto a la política de coordinación del Sistema Nacional de Salud, la ley hará referencia a los siguientes contenidos: el seguimiento y verificación del respeto a los derechos de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias; el diseño, gestión y explotación de sistemas comunes de información sobre la actividad asistencial y los recursos del Sistema Nacional de Salud, evaluando su calidad y utilización eficiente; la existencia de una base de datos de usuarios soportada a través de la tarjeta sanitaria individual. Esta tarjeta, gestionada por cada comunidad autónoma en su ámbito territorial, se desarrollará conjuntamente para proporcionar información administrativa mínima y común para todos los ciudadanos. El desarrollo de actuaciones coordinadas en materia de salud pública, a las que la ley dedicará un capítulo específico, dada su importancia y trascendencia, en aquellos supuestos que impliquen situaciones especiales de riesgo, cumplimiento de compromisos internacionales, distorsiones en la unidad de mercado, necesidad de la utilización común de instrumentos técnicos o razones de equidad en la protección de los ciudadanos; por último, la gestión del Fondo de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. En definitiva, cuantas actuaciones se establezcan por el Estado, a iniciativa propia o a propuesta de las comunidades autónomas, que, respetando el respectivo ámbito de competencias, sean precisos para garantizar los principios de igualdad así como la evolución coherente, solidaria y participativa del Sistema Nacional de Salud. Estos elementos de política de coordinación se traducirán en actuaciones concretas recogidas en la ley, definiendo cuáles de ellas tienen la característica de acciones sanitarias conjuntas y cuáles son de carácter cooperativo bilateral o multilateral entre administraciones, dotadas en cada caso de los elementos e instrumentos, es decir, acuerdos, planes y programas, necesarios para garantizar el objetivo ya anunciado en esta ley.

Señorías, en este punto de la comparecencia quisiera hacer mención a la importancia que van a adquirir a partir de este momento aquellos instrumentos de plani-

ficación relacionados con la salud y con la calidad. Estos dos ámbitos de planificación pueden y deben ser reforzados a través de una nueva concepción de abordaje de los mismos, en la creencia de que la acción conjunta de las administraciones públicas centradas en objetivos de salud y calidad revierten en la mejora y desarrollo de nuestro Sistema Nacional de Salud. Para ello es importante contar con la experiencia acumulada por las comunidades autónomas, especialmente las que han sido transferidas hace años, de manera que podamos sentar las bases de estandarización de los parámetros referidos a estos contenidos de forma integrada y homogénea. Una vez expuestas estas actividades, la ley se centrará en los aspectos de organización de la relación entre el Estado y las comunidades, haciendo especial énfasis en lo referente al funcionamiento del Consejo interterritorial, que debe verse fortalecido, una vez finalizado el proceso de transferencias, en cuanto a sus actividades y funcionamiento, efectuando una revisión en su composición. La ley tendrá en cuenta estos aspectos para que el Consejo sea un órgano permanente de coordinación de la Administración del Estado con los distintos servicios de salud y propicie todas las actividades de cooperación, consulta y participación de las administraciones sanitarias. Por tanto, la ley concretará el contenido y alcance de sus funciones como órgano consultivo y de participación, de cooperación, de asesoramiento y evaluación del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y habilitará para cada caso el desarrollo de su capacidad de funcionamiento y de adopción de acuerdos, apoyándose en comisiones y grupos de trabajo. Concretará además aquellas comisiones que sean consideradas por sus contenidos como permanentes.

La ley añade un nuevo soporte material y técnico a estas actividades del Consejo interterritorial bajo la fórmula de una agencia de gestión y evaluación de la información del Sistema Nacional de Salud. Este, señorías, es uno de los aspectos tal vez más novedosos de esta ley. La agencia se orientará hacia el apoyo al funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud, promocionando y proporcionando actividades de análisis, evaluación y estudio para su desarrollo. Su dependencia orgánica será del Ministerio de Sanidad y Consumo, prestando sus servicios al Consejo Interterritorial y a los servicios de salud de las comunidades autónomas: adoptará la fórmula jurídica de organismo público de los establecidos en el artículo 43 de la Ley 6/1997, de organización y funcionamiento de la Administración general del Estado. La agencia contará con un órgano de dirección en el cual participarán la Administración del Estado y las comunidades autónomas y organizará sus actividades a través de áreas funcionales consecuentes con sus fines. A título de descripción, destacamos las actividades de recepción, tratamiento y mantenimiento de la información clave de seguimiento del Sistema Nacional de Salud para la

generación de una central de resultados, la explotación de dicha información para la generación de estándares y de propuestas de desarrollo de la mejora en la coordinación entre los agentes y los productos de análisis de escenarios futuros, actividades en el ámbito internacional, proyección estadística y estudios que les sean encomendados. La agencia se nutrirá especialmente de la información básica que la ley contemplará para atender a las necesidades de coordinación del Sistema Nacional de Salud. En otro orden de cosas, la ley desarrollará el ejercicio de la alta inspección como función de garantía, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las competencias estatales por las comunidades autónomas en materia de sanidad y de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, en los estatutos de autonomía y en las leyes, destacando las nuevas funciones que atienden a la optimización de la posición del ciudadano frente al sistema en cuanto a equidad en el acceso, calidad de las prestaciones que recibe y a su participación en el diseño de la política sanitaria a través de los cauces previstos en la Ley General de Sanidad. El Instituto de Salud Carlos III también será incluido en la ley, desde su apoyo técnico-científico a las administraciones sanitarias y a otras administraciones públicas y por su característica de ser un organismo público de investigación de los previstos en la Ley 13/1986, de 14 de abril, de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica. Por tanto, el Instituto de Salud Carlos III se integra en esta concepción de coordinación a través de su labor investigadora, como organismo de diagnóstico y vigilancia en salud pública y como proveedor y asesor en materia de formación y educación sanitaria.

Finalmente, señorías, y con respecto a la ley, el equipo del Ministerio de Sanidad y Consumo está revisando las actividades del comité consultivo del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de potenciar y transformar los contenidos de participación social de los diferentes agentes implicados en el funcionamiento del sistema. Para ello es necesario contar con la participación activa de la sociedad científica y de los ciudadanos, valorando asimismo las experiencias que en este sentido pueden aportar las comunidades autónomas. Es imprescindible revitalizar este ámbito de la participación, ya no tan sólo por la obligación que nuestro ordenamiento nos impone, sino porque debe ser objetivo estratégico y político para el desarrollo del sistema.

Señorías, quisiera aprovechar esta ocasión y con mi comparecencia hacer una reflexión más global respecto a la ley y el momento en que vivimos, una vez culminado el proceso transferencial. Todos compartimos la trascendencia del momento y la importancia de aceptar la visión del futuro en materia de salud de nuestros ciudadanos y de la coordinación que el Estado debe realizar en la conjunción de este nuevo entorno totalmente

descentralizado. Soy plenamente consciente de que la ley es objeto de posicionamiento de los diferentes agentes que operan en el sistema, de las iniciativas que a tal fin partidos políticos y comunidades autónomas han realizado, materializándolas en textos, proyectos o sugerencias respecto a cómo deben ser los roles de las diferentes administraciones públicas, en concreto del Ministerio de Sanidad, qué, cómo y dónde se deben regular en el futuro las nuevas actuaciones del sistema. Esta ministra, el ministerio y en definitiva el Gobierno hace desde aquí un llamamiento para acercar los elementos de consenso que posibiliten un amplio acuerdo en las materias que esta ley desarrolla. Para ello, hago explícito el compromiso de mi departamento de iniciar en breve el proceso de tramitación de esta iniciativa legislativa y en paralelo activar un proceso de discusión y debate de los contenidos desarrollados en la misma, con el objetivo de conocer y aceptar los elementos de discrepancia y de consenso con los agentes implicados. El segundo motivo de mi comparecencia es exponerles los avances que se están produciendo, conducentes a poder disponer de un estatuto marco del personal de los servicios de salud. El Sistema Nacional de Salud, con el funcionamiento conjunto de los 17 servicios autonómicos, tras los reales decretos de 27 de diciembre de 2001, hace más necesario contar cuanto antes con un estatuto marco básico que, respetando la capacidad de gestión y organización de las comunidades autónomas, establezca las garantías, los derechos y las obligaciones básicas de los profesionales sanitarios dentro del sistema nacional y que facilite su movilidad y oportunidades profesionales en todo el territorio nacional.

Señorías, podrán recordar que en sucesivas comparecencias ante las comisiones de Sanidad del Congreso y del Senado he manifestado mi firme voluntad de acometer este proyecto. Pues bien, desde el mes de marzo del año 2001 se han llevado a cabo diferentes conversaciones para conseguir un renovado consenso y acuerdo en tal sentido, en primer lugar, con los interlocutores sociales y, en segundo lugar, en el Consejo interterritorial. Para ello, se realizaron distintas rondas de contactos con las organizaciones sindicales presentes en el sector, a fin de debatir la necesidad de establecer unos principios básicos comunes en relación con los recursos humanos del sistema nacional, sobre los que habría de basarse la eventual articulación de un proyecto de ley de estatuto marco así como contrastar el contenido de los mismos.

Por último, en aras a conseguir el máximo consenso y aplicación de dichos principios básicos, se acordó su articulación a través del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, el Pleno del Consejo interterritorial, en su sesión del día 24 de marzo de 2001, acordó encargar a la Comisión de gestión de recursos humanos la elaboración de una propuesta de principios comunes de la política de personal para su posterior elevación al Consejo. Esta Comisión,

en la sesión celebrada el día 30 de mayo de 2001, adoptó el acuerdo de elevar al Pleno la propuesta de diez principios básicos en la política de personal, hecho que se produjo el día 30 de junio. El documento presentado ante el Pleno, si bien fue acogido de forma positiva por los miembros del Consejo, suscitó una división de opiniones, dado que por parte de algunos consejeros se consideraban estos diez principios insuficientes. Por esa razón se encomendó a la Comisión de gestión de recursos humanos proseguir con los trabajos que se habían iniciado. Señorías, a partir de todas estas actuaciones, desde el mes de julio se ha venido trabajando en la elaboración del borrador de ley de estatuto marco básico. Dicho borrador ha sido presentado el pasado 25 de enero a la Comisión de gestión de recursos humanos del Consejo interterritorial y en la actualidad estamos a la espera de una próxima ronda de contactos a fin de perfilar y mejorar, en su caso, los contenidos. Paralelamente, entre los días 25 y 30 de enero, se han celebrado reuniones con las organizaciones sindicales del sector sanitario, con el fin de efectuar una primera aproximación de carácter global en torno al borrador elaborado. Debo señalar ante esta Comisión que, al tratarse de una norma de carácter sociolaboral, será necesario alcanzar el consenso con todos los agentes y administraciones implicadas, con el fin de hacer posible que la futura promulgación del estatuto marco constituya una de las piedras angulares para la consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud. Por todo ello, se pretende presentar durante este año un proyecto de ley en el que, como he dicho antes, mi departamento ya está trabajando y cuyas líneas generales son las que puso de manifiesto el Congreso de los Diputados en el acuerdo parlamentario adoptado en esta Cámara y que coincide con el programa de Gobierno, todo ello, enriquecido con las aportaciones realizadas por los grupos parlamentarios en el trámite de discusión y votación de la moción así como por las aportaciones fruto de las conversaciones mantenidas con las organizaciones sindicales y profesionales y con la Comisión de gestión de recursos humanos del Consejo interterritorial.

Señorías, estas líneas generales a las que me refiero son las siguientes. El estatuto marco establecerá una normativa básica estatal que contendrá, por una parte, los principios básicos de la política de personal así como los derechos y deberes básicos aplicables a todo el personal del Sistema Nacional de Salud, con independencia del régimen jurídico funcionarial, laboral o estatutario. Por otra parte, procederá a la reforma de todo el régimen jurídico básico del personal estatutario, con estricto respeto a las competencias de ordenación de los recursos humanos y desarrollo legislativo de los respectivos servicios de salud que ostentan las comunidades autónomas. El estatuto marco procederá a una amplia modificación y mejora del modelo de relaciones del personal estatutario, integrándolo dentro del concepto global de la coordinación general sanitaria, y

lo hará compatible con la autonomía de gestión de los centros y la personalización de las condiciones de trabajo. Este modelo tendrá un contenido básico indicativo y promocional que garantizará la igualdad de oportunidades de todos los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la garantía de movilidad. El modelo de relaciones que contendrá el estatuto marco ha de optar con absoluta claridad por la configuración de personal estatutario dentro del concepto general de la Función pública, estableciendo un régimen de Función pública especial que tenga en cuenta las peculiaridades derivadas del ejercicio de las profesiones sanitarias, del servicio sanitario asistencial y de los principios organizativos del Sistema Nacional de Salud.

El estatuto marco responderá en todo caso a un escrupuloso respeto de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas, a fin de preservar los legítimos desarrollos legislativos de estas últimas. Incorpora, además, aquellas cuestiones que se consideran ya parte del acervo común del Sistema Nacional de Salud, tales como la integración de las provisiones de la Ley 30/1999 en materia de selección y provisión de puestos de trabajo y otras que son sentidas como una imperiosa necesidad por todos los servicios de salud, como son la unificación del régimen de situaciones administrativas y la reforma del régimen disciplinario. Introduce también nuevos elementos de motivación para los profesionales como por ejemplo la carrera profesional. Uno de los principales objetivos del estatuto marco será derogar la actual regulación del personal en las instituciones sanitarias, buscando la desburocratización y la flexibilización, en la línea de configurar los centros asistenciales como organizaciones autónomas con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión.

Estas son, señorías, en grandes rasgos las líneas generales a las que debe responder un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal de los servicios de salud a través del estatuto marco y en el que estamos trabajando en este momento. Espero y deseo que pueda ser una realidad en un corto espacio de tiempo y que sea presentado por el Gobierno a esta Cámara para su trámite parlamentario, con el objetivo último de que contribuya de forma eficaz a la racionalización del sistema sanitario. Sin duda alguna, será un elemento clave en la evolución y consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Buenos días, señorías.

Señora ministra, en nombre del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y en el mío propio, gra-

cias por su comparecencia esta mañana ante la Comisión de Sanidad del Congreso. Nosotros pensábamos que tanto la ley de cooperación sanitaria como el estatuto marco eran dos temas de máximo interés. Aunque quizás son dos cuestiones demasiado densas para una sola comparecencia, yo, presionada por mis propios fantasmas, puesto que pienso siempre en las obligaciones de los demás, pensaba que podríamos resolverlo en una única comparecencia. Lo quería explicar públicamente porque tal vez otros compañeros o compañeras de otros grupos también entendieran que eran dos cuestiones lo suficientemente densas para haberlas tratado de un modo separado.

Es evidente que, una vez que se ha completado el proceso transferencial, el Ministerio asume dos grandes retos de futuro como son el tema de la coordinación y las desigualdades territoriales. La Constitución española de 1978 establece las competencias asumibles por las comunidades autónomas y las exclusivas del Estado. Entre estas últimas y en relación con la sanidad están las bases y la coordinación general de la sanidad. Nosotros estamos convencidos de que evidentemente el Gobierno tendría que mover ficha en esta materia. Si hemos solicitado la comparecencia es porque entendemos que no debe demorarse más y que debemos ponernos a trabajar en esta materia de un modo inmediato. Respecto a las bases de la sanidad, es competencia del Estado el establecimiento de las normas que vengán a fijar las condiciones y/o los requisitos mínimos, persiguiendo una igualación básica —digamos— de condiciones en el funcionamiento de los servicios públicos. En lo referente a la coordinación de la sanidad, desde el punto de vista de Izquierda Unida, debe ser entendida como la fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en lo que sería la globalidad del sistema sanitario. Además, nosotros consideramos que los criterios de coordinación general sanitaria deben tenerse en cuenta en la elaboración de un plan integrado de salud que, en nuestra opinión, debería ser un documento que recogiera los planes de salud estatales, autonómicos y los conjuntos, así como sus fuentes de financiación. Sin embargo, a pesar de que estas competencias estatales son evidentes y están claras, señora ministra, no tienen, a fecha de hoy, ni concreción presupuestaria ni legislativa; situación que, obviamente, de no atajarse a tiempo puede agravarse seriamente después del último proceso transferencial.

En el último mes de diciembre el Gobierno ha completado el traspaso de las competencias sanitarias, como usted muy bien ha explicado esta mañana. Es un proceso, a nuestro modo de entender, precipitado, que deja sin resolver temas fundamentales que considerá-

bamos que debían haberse resuelto previamente, tales como el estatuto marco, la ley de coordinación y el fondo de compensación. La vinculación de las transferencias al pacto de financiación autonómica establece la posibilidad de recaudación de impuestos derivados del consumo con los que no estamos en absoluto de acuerdo y que traerá como consecuencia desigualdades en la financiación sanitaria acorde con la capacidad de consumo de cada una de las comunidades. Pensamos que éste es el primer elemento que pone en alerta cualquier antena sensible a lo que ha de ser la equidad en un servicio nacional de salud en un Estado democrático, social y de derecho. La sanidad pública ha de financiarse a través de los Presupuestos Generales del Estado. Esta es la mayor y mejor garantía de equidad. Por tanto, además de no compartir esa filosofía, nos preocupa que ese proceso pueda ser el motor de arranque del aumento de las desigualdades, de acuerdo, como digo, con la capacidad de consumo de cada una de las comunidades autónomas de nuestro país. Lo más importante, señora ministra, es saber si con el proceso transferencial queda garantizada de verdad la universalidad y la equidad de las prestaciones sanitarias. Y de eso debe ocuparse, en nuestra modesta opinión, la ley de cooperación sanitaria.

La Ley general de Sanidad contempla como garantía que en todos los sistemas nacionales de salud tienen que darse las mismas prestaciones básicas, pero es precisamente en las prestaciones complementarias donde pueden crearse diferencias entre las distintas comunidades; prestaciones complementarias y diferencias de las que ha de ocuparse este ministerio, porque las comunidades que tengan mayor capacidad de recaudación, señorías, podrán dar a sus ciudadanos prestaciones complementarias no reguladas dentro de las básicas del sistema. Esto también es un agravio comparativo que no resiste el más mínimo análisis en un Estado —repito— democrático, social y de derecho, cuando se trata de un derecho básico y esencial como es el derecho a la sanidad, a la salud. Nos preocupa, pues, si el contenido de la ley de coordinación del Sistema Nacional de Salud permitirá ajustar las prestaciones que perciban todas y todos los ciudadanos españoles y que exista, como usted ya ha anunciado, un fondo de cohesión cogestionado con el conjunto del Consejo interterritorial que garantice que las comunidades autónomas que no tengan la capacidad suficiente de recaudación puedan verse financiadas por este fondo de cohesión. Nos preocupa por tanto la posibilidad de esa falta de equidad o de desigualdades en las prestaciones que puedan recibir los ciudadanos dependiendo de la comunidad autónoma en la que residan o en la que hayan tenido la oportunidad de nacer. Asimismo nos preocupaba, señora ministra, el silencio de su ministerio ante esta Comisión del Congreso de los Diputados. Por eso le pedíamos esta comparecencia.

Hemos tomado nota de dos cuestiones sobre las que quiero opinar: primero, ese anuncio de la Agencia Nacional de Salud que yo le pregunto si responde a criterios objetivos; si es un organismo necesario; si, por el contrario, es una manera de dejar las responsabilidades; si lo que pretende, aunque sea de un modo inconsciente, es invadir competencias. A mí me gustaría que estuvieran más claros los objetivos. Francamente, me preocuparía que el objetivo fuera el me voy pero volveré, preocupación que no sólo comparte el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Espero que usted tenga la oportunidad de explicarlo. Agradezco el llamamiento que la señora ministra hace al consenso y a la oferta de negociación; recogemos el guante. El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida ha defendido siempre, en materia de derechos esenciales como la educación y la salud, el consenso como instrumento o fórmula de trabajo habitual. Espero que esta oferta sea una oferta sincera; para darle mayor credibilidad deberíamos tener encima de la mesa los grupos parlamentarios de la oposición el anteproyecto de esta ley que el Gobierno del Partido Popular piensa poner en marcha. Con ese espíritu de avanzar y de poner el broche de oro al proceso transferencial, sin incomodar a las comunidades autónomas y con el noble objetivo de atender a los ciudadanos como objetivo final, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida vuelve a agradecer la oferta de trabajo sobre la base de la negociación y del consenso, pero exige juego limpio.

Señor presidente, a continuación, intervendré sobre el estatuto marco. En el mes de septiembre del año pasado, el Pleno de la Cámara aprobó por unanimidad una moción presentada por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria en la que se instaba al Gobierno a que en un plazo, a ser posible no superior a los seis meses, presentase ante la Cámara el proyecto de ley del estatuto marco del personal sanitario, según lo que contemplaba la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, que lleva 16 años sin aplicarse. La moción instaba al Gobierno a que se acelerasen las negociaciones pertinentes, tanto en el marco del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como con los interlocutores sociales correspondientes. Añadía que, en caso de que el Ejecutivo no pudiera enviar el proyecto en ese plazo, debería informar a través de la Comisión de Sanidad de esta Cámara del estado de tramitación del mismo. Se le reclamaba también al Gobierno que, antes de finalizar el actual período de sesiones, hiciera trasposición de la Directiva europea 93/104 sobre la ordenación del tiempo de trabajo al personal del Sistema Nacional de Salud con carácter urgente y, en todo caso, antes de que finalizara el año 2001. Consecuencia de esa moción es la solicitud de comparecencia del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida pidiendo a la señora ministra y al Gobierno información sobre dichos compromisos. En el debate de esa moción el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda

Unida señalaba los objetivos que deberían ser contemplados inequívocamente en la elaboración del estatuto marco. En primer lugar, superar los estatutos preconstitucionales vigentes en la actualidad, incapaces a todas luces de dar respuesta a las aspiraciones legítimas de los trabajadores de la sanidad pública española y de solucionar los problemas creados por la propia evolución del sistema sanitario. En segundo lugar, defender firmemente los intereses y legítimos derechos conquistados por los trabajadores y trabajadoras del Sistema Nacional de Salud, su libre circulación por el sistema, la consolidación de derechos y garantías, el establecimiento de fórmulas de ascenso, promoción y carrera profesional encaminadas a incentivar el esfuerzo y el compromiso de los trabajadores con el sistema sanitario.

Sabe usted bien, señora ministra, que en más de una ocasión, en la Cámara, esta diputada le ha dicho a usted que no se puede hablar de calidad de las prestaciones sanitarias, que no se puede hablar de humanización del sistema sanitario, que no se pueden abordar determinados problemas del sistema si no se consigue que los trabajadores estén estimulados, contentos, reciban las remuneraciones apropiadas por el trabajo realizado, tengan capacidad de promoción interna, etcétera. Este asunto es urgente porque, en la medida en que no se resuelva, tenemos descontentos a un buen número de trabajadores y trabajadoras del sistema y esto, evidentemente, repercute en lo que más nos importa a todos los que aquí nos sentamos, en los usuarios del sistema. Por esa razón, Izquierda Unida, junto con otros grupos parlamentarios, ha venido poniendo el acento en la necesidad de sacar adelante el estatuto marco. Dotar al sistema de un instrumento de gestión de recursos humanos que contribuya a mejorar la cantidad y la calidad de las prestaciones que reciben los usuarios del sistema. En definitiva, que el estatuto marco sirva para preservar y mejorar el sistema sanitario público. Este estatuto marco debería contemplar, en nuestra opinión, la permeabilidad de los profesionales mediante un sistema de acreditación centralizado que permita la planificación en materia personal y la movilidad de los profesionales en el conjunto del Estado. Esta norma básica en materia de personal debería garantizar los derechos básicos de negociación colectiva, los derechos retributivos, la promoción profesional y las carreras profesionales, el sistema armonizado y coordinador de selección y provisión, las garantías en materia de salud laboral, la normativa básica de incompatibilidades y la ordenación del tiempo de trabajo y jornada laboral. De las informaciones mediáticas deducimos que se ha avanzado en lo que tiene que ver con la garantía de movilidad voluntaria, la coordinación de las convocatorias entre los distintos servicios de salud, así como en la promoción interna. También hay un atisbo de avance en la regulación de las comisiones de servicios, el reintegro provisional y la adscripción temporal y homoge-

neidad de la tipificación de faltas, sanciones y cancelaciones, pero siguen sin resolverse temas como la incorporación del personal funcionario, el papel que deben jugar en la negociación las comunidades autónomas y cómo se articulará la negociación colectiva entre el sistema nacional y los distintos servicios del salud.

Estas son las preocupaciones y las aportaciones del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida para trabajar en el estatuto marco. Pedimos a la señora ministra diligencia en los trabajos, pues pensamos que es un tema clave que va a beneficiar al conjunto del sistema y que no admite más demoras, por lo que recogemos también aquí el guante del consenso, esperamos poder dar la máxima satisfacción a los usuarios del sistema y, sobre todo, a los trabajadores que, créame, señora ministra, están un poco cansados de esperar.

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

La señora **JULIOS REYES**: En primer lugar, quiero sumarme al agradecimiento realizado por la anterior portavoz en cuanto a la presencia de la señora ministra en esta Comisión y la información que nos ha ofrecido en su exposición.

Los dos temas que hoy debatimos en esta Comisión son trascendentes para el futuro del Sistema Nacional de Salud, van a ser cruciales para su modernización. Las políticas de recursos humanos, de personal, la modernización de la gestión, la búsqueda de nuevas fórmulas de gestión permitirán dotar al sistema público sanitario de este país de una mayor flexibilidad, de una mayor agilidad, de forma que pueda evolucionar en función de las necesidades y salvar las inseguridades jurídicas, el vacío en materia de política general, que hasta ahora ha supuesto dificultades al extinto Insalud y al resto de las comunidades autónomas que tienen las competencias transferidas. Cuando digo vacío me refiero a que el desarrollo del estatuto marco permitirá trabajar a las 17 comunidades autónomas sin inseguridades jurídicas en el desarrollo de las políticas de personal y, en última instancia, avanzar utilizando la gestión de personal como un verdadero instrumento de gestión que permita recobrar a los profesionales para el sistema desde el punto de vista del sentido de pertenencia de los profesionales —que estoy seguro de que lo tienen, pero debemos profundizar en ello— como agentes activos del sistema, protagonistas fundamentales desde el punto de vista de la calidad de las prestaciones.

El segundo tema que estamos tratando en esta comparecencia es el proyecto de ley de cooperación sanitaria, que, aunque también tiene relación con las políticas de personal, abarca otros muchos temas concernientes al Sistema Nacional de Salud. Por seguir el orden de su comparecencia, me centraré en este punto. Nuestro

grupo, Coalición Canaria, va a exponer los principios que a nuestro juicio deben regir los asuntos concernientes a la coordinación y cooperación de las administraciones en general y de la sanitaria en particular, tanto en el ámbito de la futura ley que usted ha expuesto como en avanzar en el cambio de chip —permítame esa expresión coloquial— del ministerio, en su nuevo papel tras las transferencias de gestión a las comunidades autónomas. Me refiero al día a día de las actuaciones en una realidad donde la gestión de las prestaciones está transferida en su totalidad y nos movemos en un escenario de competencias compartidas y de concurrencia en la división de papeles en esas competencias en el ámbito del desarrollo legislativo, de criterios para la planificación y para la financiación, que, para poder ser ejercidas eficazmente, necesitan de un entendimiento entre las diferentes administraciones responsables.

Estamos avanzando hacia un Estado descentralizado. Es ya una situación irreversible y en este proceso, recordando el desarrollo del título VIII de la Constitución española, es necesario asegurar el cumplimiento del artículo 138 de la misma, que dice que el Estado debe asumir el papel de garante del principio de solidaridad y del equilibrio económico adecuado y justo entre las diversas partes del Estado español, atendiendo en particular las circunstancias del hecho insular. En este principio recogido en la Constitución deben sustentarse gran parte de los elementos que han de desarrollarse en las formas de relación entre las administraciones sanitarias desde el punto de vista de la cooperación y coordinación. Este principio, que tiene especial vigencia, cuando hablamos de servicios públicos, como es el caso del servicio sanitario —cuyas transferencias ya están concluidas y los principales protagonistas de la prestación de los servicios al ciudadano y los responsables de la gestión son ya las comunidades autónomas—, recobra mayor valor: ha de asegurarse un exquisito compromiso basado en la lealtad institucional, entendiendo que Estado somos todos, el conjunto de todas las administraciones, tanto la central como las comunidades autónomas y las consejerías competentes en materia sanitaria. Esto se afianza si se entiende que, hoy por hoy, el gasto público cada vez está canalizado precisamente a través de las administraciones autónomas; más que la administración del Estado son las comunidades autónomas las que canalizan los presupuestos hacia la prestación de servicios, hacia los ciudadanos. Pero también son importantes todavía las facultades normativas que forman parte de lo que ha dado en llamarse competencias legislativas básicas del Estado, que, como decía al principio de mi exposición, implican toma de decisiones que afectan directamente a las comunidades autónomas y que inciden en el gasto. Hago aquí un paréntesis para recordar la Ley de estabilidad, donde se establece la lealtad institucional a la hora de no legislar aspectos que difieran gastos a las administraciones locales o autonómicas o decisiones

que atañan a los procesos de priorización, la utilización de recursos o la búsqueda de la eficiencia, de la efectividad de los mismos, que también es competencia de las comunidades autónomas. Estamos en el momento oportuno —resalto la necesidad de avanzar en el desarrollo normativo y en el cambio de chip del ministerio en lo que se refiere a la coordinación y cooperación— puesto que si no podemos ir con retraso a la hora de dar respuestas, de tener unos mínimos que garanticen la cohesión del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, debemos afrontar un debate claro, transparente y responsable para encauzar las bases de esta necesaria relación de coordinación y cooperación. Hemos de profundizar para realizar un diagnóstico sobre cuáles son los instrumentos actuales que tenemos para la cooperación y coordinación en el Sistema Nacional de Salud, como es, por ejemplo, el Consejo interterritorial; valorar qué elementos son suficientes e insuficientes. Conscientes de que muchos de los actuales elementos son insuficientes, previo un diagnóstico y una puesta en común de aquellos necesarios para la coordinación, debemos ver cuáles serían los mecanismos más factibles de arbitrar que garanticen que dicha cooperación dé mejor respuesta a los principios que puedan asegurar el futuro de la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Me refiero a principios como la garantía de solidaridad y equilibrio, la equidad en el acceso, el contenido y la calidad de las prestaciones y también la garantía de eficacia del sistema público sanitario, sin menoscabo de otra serie de principios en los que no voy a extenderme en estos momentos pero que han sido expuestos por la anterior portavoz y por usted misma, que están recogidos en la Ley General de Sanidad, referidos a la universalidad, la gratuidad, etcétera. Desde nuestro punto de vista, nos parece correcto que este debate se impulse desde dos vertientes, tanto desde la estrictamente política como desde la que pudiéramos llamar técnico-jurídica. Los dos caminos deben ir paralelos —somos conscientes de que dichos aspectos están bastante relacionados—, en el desarrollo de un deseable consenso en este tema. Asimismo, ha de abrirse el debate tanto en el seno de este Parlamento con participación de los grupos políticos como en el debate claro y transparente en el Consejo interterritorial, entre el ministerio y los consejeros y consejeras de Sanidad. Han de arbitrase los mecanismos para incorporar a las comunidades autónomas en el proceso de toma de decisión de la Administración central en aquello que repercute directamente en la prestación, su gestión y en aquello que pueda inducir a modificaciones de la organización, la gestión, el incremento de los gastos, así como de la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. Cuando se hable de aspectos como los que aquí mencionamos, que van a formar parte del catálogo de prestaciones, ha de tenerse presente que debemos enfrentarnos a la realidad, que cualquier incorporación

de prestaciones debe ir avalada por el necesario debate de los costes y la financiación que pueda conllevar.

Otro concepto que mi grupo quiere introducir es que, desde nuestro punto de vista, la cooperación implica participación. Para dar algunos ejemplos concretos de lo que quiero expresar, diré que hablo de participar en el catálogo de prestaciones, de las nuevas que han de incorporarse, de la evaluación técnica de cuáles son las que pueden generar impactos más eficaces en función de las posibilidades que este país se puede permitir para dar respuesta a las necesidades del ciudadano. Debemos incorporar también la definición, el establecimiento de los precios y de los medicamentos que financia el sistema público dado que actualmente no existe la suficiente participación de las comunidades autónomas. Asimismo, debemos buscar mecanismos para participar en las trasposiciones de la normativa europea — caso del segundo punto— que conlleven cambios en la organización y repercusiones importantes en los servicios autonómicos de salud en las dos vertientes, tanto en la trasposición, así como participar en el proceso de determinación de la posición española ante Europa en los temas que conciernen a la sanidad. He puesto el énfasis en este punto puesto que estamos en el semestre en el que España preside la Unión Europea.

Concluyo, señor presidente. En todo aquello que tenga que ver con la salud pública, hay un concepto que queremos introducir y que ha sido expuesto por S.S., cual es el de que la cooperación tiene que surgir del consenso, de las aportaciones que puedan realizar los grupos políticos y las comunidades autónomas. Como ha dicho la portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, deberían trasladarse al Consejo interterritorial y a los grupos parlamentarios los documentos que en estos momentos puedan existir sobre la ley que estamos debatiendo si queremos que no sea sólo una ley — que lo será— del Gobierno sino del Estado, entendiendo por tal, como había dicho con anterioridad, la Administración del Estado y las comunidades autónomas.

En cuanto al estatuto marco, que figura en el segundo punto del orden del día, habíamos solicitado esta comparecencia en coherencia con la moción que presentó nuestro grupo, consecuencia de la interpelación urgente que se debatió en la Cámara. En dicha moción acordamos entre todos instar al Gobierno a trasponer la normativa europea 93/104, sobre ordenación del tiempo de trabajo. El plazo que se fijó fue de antes de diciembre y en la segunda parte se planteaba dar cumplimiento al artículo 84 de la Ley General de Sanidad con relación al desarrollo del estatuto marco. Dicho plazo era de seis meses o, en su defecto, que el Gobierno pudiera informar sobre el estado de tramitación del mismo. Este plazo aún no se ha cumplido y sería sumamente oportuno que, a la vez que se están consensuando los contenidos de dicho estatuto en el Consejo interterritorial —tenemos constancia de que es así—, se

comparezca en esta Cámara para que, antes de que sea presentado como proyecto de ley y se inicie su tramitación, esta Comisión tenga oportunidad de acercar posiciones. Nos parece crucial respecto de esta asignatura pendiente desde 1986 que hayamos podido entre todos encontrar un cauce que permita superar este vacío legislativo en algo tan importante como es la política de recursos humanos. Insistiremos brevemente en los aspectos que más nos preocupan del contenido del próximo estatuto. En cuanto a la trasposición de la normativa europea, nos gustaría que la señora ministra profundizara en la réplica. No nos parece mal que se haya incorporado al estatuto y no haya quedado en legislación aparte, pero nos gustaría que nos manifestara algo al respecto porque ha de encontrarse un equilibrio para que esta normativa europea en cuanto a jornada laboral se trasponga con equilibrio entre los niveles de concreción que sean necesarios y suficientes como para estandarizar las condiciones laborales de los profesionales del sector sanitario en unos mínimos comunes para el sistema, que den cohesión al mismo con independencia de la adaptación que con posterioridad tenga que realizar cada comunidad autónoma de acuerdo con las particularidades de cada territorio. Insistimos en conocer cuáles son los avances realizados en este punto en concreto y también en un punto de la moción: que el Consejo interterritorial haga un análisis de las repercusiones organizativas y económicas. Nos preocupa especialmente, como hemos comentado en numerosas ocasiones, las decisiones que se tomen en este sentido porque donde mayor impacto van a tener es en los hospitales pequeños, tal como ocurre en los hospitales de bastantes de nuestras islas donde las plantillas están adaptadas a la densidad de la población a atender, unido a la escasez crónica de ciertas especialidades de facultativos, dificultades que impiden garantizar la atención de la población que se deriva a otros hospitales. Nos parece importante reflexionar en este punto para asegurar que podamos seguir atendiendo a la igualdad y a la equidad en el acceso de todos los territorios, incluidos los de nuestras islas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Julios, vaya concluyendo, por favor.

La señora **JULIOS REYES**: Sí, voy terminando, señor presidente.

Insistimos en estas particularidades que deben ser contempladas y salvaguardadas en lo posible en el desarrollo legislativo.

En los textos que nosotros conocemos se hace referencia a las negociaciones de ciertos aspectos de la norma en los centros asistenciales. Sólo queremos resaltar que estos aspectos deberían ser eliminados pues son las administraciones autonómicas las competentes en esta materia y en nuestro caso, como en el de muchos de los servicios autonómicos de salud, son

competencia directa no de los centros de gastos o de la gerencia sino de las consejerías competentes.

El último aspecto a resaltar, señor presidente, es la carrera profesional. Es un elemento de gestión importantísimo para el sistema, de incentivación para los profesionales. Hay que buscar el equilibrio porque, como posteriormente las comunidades autónomas vamos a desarrollar nuestros respectivos reglamentos, en el contexto del estatuto marco y antes de que se pueda producir una gran diversidad en el Sistema Nacional de Salud, debemos hacer un esfuerzo todas las administraciones para llegar a un mínimo de consenso, por ejemplo en temas de clasificación, que permita salvaguardar la movilidad del personal en las mismas condiciones en todo el territorio nacional. Eso es importante, desde nuestro punto de vista, para facilitar la riqueza y la pluralidad del Sistema Nacional de Salud.

Termino con las mismas palabras con las que me expresé en lo relativo a la futura ley de cooperación. Debemos seguir avanzando para lograr un consenso en un aspecto tan crucial como éste, que debe ser entendido no sólo como desarrollo normativo —que lo es— del Gobierno, sino como pacto de Estado que implique una mayor eficacia en el logro de sus objetivos en beneficio del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, reciba mi cordial saludo y mi agradecimiento por su presencia y explicaciones en esta Comisión; cordialidad y agradecimiento que, como usted ya prevé sin ninguna duda, no excluyen mi postura crítica respecto de los anuncios normativos que nos ha efectuado.

En primer lugar, le manifestaré una cierta sorpresa en un doble sentido. Si uno hace caso al orden del día de la convocatoria de hoy, tanto en lo que hace referencia a la petición de comparecencia de la señora ministra como a la solicitada por el Grupo Federal de Izquierda Unida, se habla de cooperación en materia sanitaria, y lo que usted nos ha anunciado como contenido del proyecto de ley es una mezcla de contenidos del 149.1.1 de la Constitución con la pretensión de la igualdad de los españoles en el ejercicio de los derechos, que no es igualdad en la retención idéntica de calidad de servicios y que, según reiterada jurisprudencia constitucional, no es un precepto ni delimitador ni atributivo de competencias, salvo que estos criterios sean cambiados por nuevos aires que ahora hay en el Tribunal Constitucional.

Ha hablado también de cooperación, de coordinación y de otras cuestiones, pero el contenido no es exclusivamente cooperación sanitaria. Ignoro en qué términos pidió usted la comparecencia, únicamente

tengo delante lo que no se nos ha entregado a cada uno de los ponentes de cara a esta comparecencia. Me supone también alguna sorpresa el que cuando todo ministro anuncia cuál es su programa político para una legislatura en su primera comparecencia, usted no aludió a una ley de este estilo. Sí hablo, por supuesto, de la pretensión estelar de culminar el mapa transferencial, pero no se dijo que después de culminado el proceso de transferencias a todas las comunidades se fuese a hacer una especie de recogida de qué me queda en esta materia, a pesar de que usted insistentemente ha hablado de que se ha culminado un proceso descentralizador. No parecía existir entonces la idea de sustituir la asunción de competencias por todas las comunidades autónomas con el mantenimiento en los aparatos estatales de un cúmulo de pretendidas competencias que le incumban.

Sorpresa asimismo desde otro punto de vista. La primera vez que tuve ocasión de formularle una pregunta en un Pleno parlamentario, lo hice en un sentido que le sorprendió pero yo sabía hacia dónde iba. Le preguntaba si el marco en el que nos íbamos a mover en esta legislatura en materia de sanidad era el habido hasta ahora, es decir, si cuando se habla respecto al marco, para algunos intangible otros podríamos considerarlo mutable, iba a ser el que hasta ahora había sido: lo que establecen la Constitución y los estatutos, la existencia de unas leyes con contenidos básicos y un Consejo interterritorial a través del cual se articulaba la coordinación entre las comunidades autónomas. Este armazón era por tener unas ciertas certezas de por dónde nos íbamos a mover, y usted me contestó que efectivamente eso iba a ser así. El anuncio que ahora se nos hace supone movilidad respecto de estas cuestiones y pretensión de asunción de cometidos del Estado que nada tienen que ver con lo que era hasta ahora el sistema de funcionamiento Estado-comunidades autónomas en la materia de que se trata.

Cierto es que en alguna medida al presentarnos este texto usted recoge lo que sí parece que era idea, general no sectorial, en el Gobierno de intentar articular algún sistema de cooperación con las comunidades autónomas, cooperación de la que al principio de la legislatura se hablaba pero, repito, no como algo sectorial sino como general, respecto de la cual se hicieron, unas jornadas de estudio muy completas desde el INAP cuyas conclusiones, tras el paso de lo más ilustre de la doctrina como suele decirse, eran poco alentadoras en cuanto a la posibilidad para las pretensiones del Gobierno. Creo que mañana es el día en el que comparece el ministro Posadas en el Senado para decir finalmente en qué se va a plasmar esta pretensión, puesto que parece deducirse que la idea de un texto con carácter general no va a existir salvo reducido a determinados cometidos concretos.

Si me permite que le resuma de una manera quizá muy esquemática, y como todo esquema no verídico pero sí por lo menos gráfico, del resultado de aquellas

jornadas de estudio sobre qué contenido podía tener la cooperación en el Estado autonómico español, resultó que la mayoría de la doctrina entendía que para que existiera cooperación no hacían falta normas, no debían existir normas, sino que era más bien cuestión de voluntad, cultura y praxis. Los intervinientes iban al lugar común de que existen serias dudas de que una ley estatal pueda legítimamente —estoy hablando de legitimidad constitucional— acotar, pautar y, por tanto, constreñir lo que es un principio constitucional abierto y multidireccional, como es el de la cooperación, y se ponía el ejemplo de la famosa y malograda LOAPA de tiempos pretéritos. El Tribunal Constitucional ha dicho que el Estado y las comunidades autónomas están sometidas recíprocamente a un deber general de cooperación que no es preciso justificar en preceptos concretos, porque es la esencia del modelo de la organización territorial del Estado.

La Constitución llama a cooperar a los entes públicos territoriales que operan en el marco del Estado, pero no habilita a ninguno de ellos, ni al Estado ni a las comunidades autónomas, para disciplinar jurídicamente la cooperación, es decir, no apodera competencialmente a ninguno de ellos para instituir unilateralmente una determinada visión en torno a quiénes, el cómo y el para qué de esa cooperación. Si no estamos hablando de cooperación estaremos en el ámbito de lo que dice el artículo 149.1.16 de la Constitución cuando reserva al estado las bases y la coordinación general de la sanidad, pero entonces es coordinación, y ya conoce la señora ministra que la esencia de la cooperación, que es lo que nos anunciaban, es la voluntariedad y el que sea entre iguales; la coordinación es cuestión distinta, si bien usted nos ha desorientado en algún momento cuando se refería a instrumentos que están en el ordenamiento actual como la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas o la Ley del proceso autonómico, leyes que contienen instrumentos de cooperación. De lo que ha circulado como borrador (se ha manifestado en algunas ocasiones que no procede del Ministerio, que no es el texto que oficialmente el Ministerio oferta o por lo menos con ese carácter de autenticidad no se ha sacado todavía de las paredes del propio Ministerio), si de lo que estamos hablando es de coordinación, nos encontraríamos —perdóneme que se lo diga, porque se lo decimos constantemente, y usted me dirá que es un asunto manido— un ejemplo más de la regresión autonómica que nos parece que inunda al Gobierno desde que goza del respaldo de la mayoría absoluta. Esta vez le ha tocado lamentablemente a la sanidad pública, algo que nos podía pillar por sorpresa por dos razones que constituían desde hace tiempo premoniciones. La primera era la culminación del proceso transferencial de los servicios públicos sanitarios a las comunidades autónomas, que nos permitía prever que a los poderes del Estado les iba a ser duro, se iban a resistir a transformarse o a descentralizar esta gestión, así

que era de esperar que el Ministerio de Sanidad, que por fin aceptaba el orden competencial autonómico, no se pudiese resistir a la tentación de llenar de nuevo su aparato con nuevas facultades gestoras; por cierto, aparato que se refuerza con la creación de un nuevo órgano al que usted ha aludido. La segunda era —permítame también que se lo diga— la trayectoria que se ha seguido en estos últimos años y que se ha hecho patente en más de una ocasión de falta de liderazgo desde las autoridades del propio Ministerio para consensuar políticas y criterios de actuación. Me dirá usted que en ocasiones tampoco ha encontrado reciprocidad por parte de algunas comunidades autónomas. Vamos entonces a convenir —le acepto que me diga que haya podido haber en algunas ocasiones determinados desencuentros— que las capacidades para el diálogo y para la negociación son si las dos partes quieren, y puede haber habido ocasiones de convocatorias suyas a las que no hayan acudido consejeros. Entienda usted también que hay consejeros que no han acudido a determinadas convocatorias por entenderlas precipitadas y carentes de contenido. En todo caso —repito— nos parece que en el Ministerio se ha estado ayuno del intento o la capacidad para consensuar políticas y criterios de actuación, que debiera ser la esencia del funcionamiento del sistema sanitario, que había ido bien en los quince años precedentes y que resultaba incluso un ejemplo; no en vano el sector sanitario ha sido referente para el debate de cómo solventar otros problemas de cooperación en otras materias. Fíjese usted que en materia de justicia, cuando se habla de competencias del personal al servicio de la justicia, en reiteradas ocasiones esta misma diputada ha puesto como ejemplo cómo se ha venido funcionando con el personal sanitario, en el que los títulos competenciales son iguales respecto del personal de justicia. El punto elegido para romper el equilibrio trabajado durante muchos años es —si he entendido bien a la señora ministra— el de una coordinación entendida como función estatal que no va a requerir del contraste ni de la información recíproca ni de la puesta en común de experiencias, sino más bien de la imposición de determinadas cuestiones. De los textos que figuran como materiales de trabajo se puede deducir que se pretende recopilar datos personales de los ciudadanos y ciudadanas de todas las comunidades autónomas, con esa idea de centralización de un único modelo de tarjeta sanitaria, aunque reconozco que usted no se ha referido a ello en esta comparecencia. Sí ha hablado de fijar estándares organizativos y asistenciales en todos los centros y servicios sanitarios; también de las medidas que sean precisas para corregir disfunciones que aseguren la unidad del sistema; también para señalar —entendemos que a dedo— los centros que atenderán a los pacientes desplazados y gestionar los fondos desde el Ministerio; y para planificar desde el Ministerio los centros de alta tecnología en número, ubicación, recursos, etcétera, para aclarar, sobre todo para im-

ner acciones coordinadas dirigidas por el Gobierno en materia de salud pública. La cuestión es que aún siendo posible jurídicamente algunas de estas pretensiones no de cooperación, sino de coordinación, estaríamos entonces en otro ámbito, para imponerse en el plano relación del Estado-comunidades autónomas, debiera hacerse teniendo el bagaje que hasta ahora ha existido en esta materia, que es el de potenciar y utilizar el Consejo Interterritorial, pero no pretendiendo una modificación de su normativa y una dirección desde dentro del Ministerio, como parece que es la intención que ahora se tiene. Nos parece además peligroso, señora ministra, que con la cobertura, con la intención anunciada de que todos los ciudadanos reciban las mismas prestaciones sanitarias o el mejor servicio sanitario lo que se pretende en realidad o lo que parece que está detrás es algo —repito— que nos parece peligroso, que es aunar y establecer criterios científico-técnicos que en realidad configuran la llamada *lex artis*. Nos parece que puede haber la idea de dar normas que por exceso político pretendan dirigir la tarea de los profesionales de la sanidad, estando las comunidades autónomas, que prestamos y hemos asumido responsabilidades importantes respecto a la población, como meros intermediarios que obedecen lo que desde las instancias centrales se les vaya a imponer o requerir. No nos ha quedado claro en qué le va a acabar beneficiando esto al ciudadano, pero sobre todo lo que no se ve por ninguna parte es qué responsabilidades concretas asume entonces el Ministerio. Las comunidades autónomas prestan, asumen responsabilidades y pagan, pero con los criterios estándares que —repito— tienen toda la pinta de ser criterios políticos dirigidos a los profesionales sanitarios, asumiendo las comunidades autónomas, sin embargo, las responsabilidades frente a la población.

Se ha aludido por la representante del Grupo Canario a algo que es asunto muy traído y llevado en estos días en todas las instancias políticas —incluso ayer por la tarde en la Cámara hubo un interesante debate al respecto—, y es qué presencia o qué oídos por lo menos se les va a dar a las comunidades autónomas en los asuntos que son ya europeos, sin que creamos que se puedan reducir a la mera asistencia al Consejo interterritorial. Es evidente que muchas cuestiones vienen siendo ya reguladas desde instancias europeas y que la presencia de comunidades autónomas en distintos foros es una de las exigencias que no es sólo sectorial y que en momentos pasados ha sido defendida por ilustres miembros del Gobierno. Ayer citaba un compañero mío al que hoy es secretario de relaciones con las Cortes o al propio vicepresidente primero, y en tiempos más recientes ahí están las manifestaciones que en el propio consejo del Partido Popular pretendía el presidente honorífico del Partido, que es el presidente de la comunidad gallega, el propio señor Fraga Iribarne. Concluyo, señora ministra. Ya se habrá dado cuenta de que la ley o los propósitos que nos anuncia no nos gustan en

exceso, si bien, como todavía no hay texto concreto, estamos a tiempo de muchas cosas.

Comenzaba mi intervención diciéndole que el contenido del discurso de los expertos que comparecieron en el INAP a la hora de hablar de cooperación comunidades autónomas-Estado hablaba de voluntad, de cultura y de praxis. Volvamos, por tanto, a eso. Que no nos parezca que más que pedirnos voluntad se nos quiere mandar o imponer; que se intente generar esa determinada cultura, que quince años ha funcionado a trompicones, como todo, y que por lo menos llevemos a la práctica esta praxis; intentémoslo, señora ministra, antes de dar por definitivos textos o de presentarlos como proyecto. Hable con las comunidades autónomas todo lo que pueda —no una vez, puede ser cuestión de más tiempo— y sobre todo abandone lo que desde la perspectiva de la formación política a la que yo represento, y creo que desde la de la mayoría de las formaciones que están regentando en estos momentos la sanidad en distintas comunidades autónomas, no es sino una locura cara al modelo de distribución competencial previsto en la Constitución y en todos los estatutos.

En cuanto al otro apartado del contenido de la comparecencia, que es el del estatuto marco, es conocido y reiterado en el tiempo, puesto que siempre ha sido el mismo —es la postura que se sostiene desde el Grupo Vasco y desde instancias que representan al Gobierno vasco—, puesto que es constante en nuestra teoría y en nuestra práctica. Siempre hemos sostenido que no existe, al menos respecto de una comunidad como la vasca, la posibilidad de que se aborde un contenido estatutario aparentemente básico con el alcance que se ha pretendido también en tiempos pretéritos, lo reconozco, ni siquiera en lo que es el ámbito general de la Función pública. En la legislatura pasada se hicieron varios borradores, llegó a existir un proyecto y siempre nos hemos opuesto incluso a que se le llame estatuto básico. Para nosotros lo que la Constitución reserva al Estado son las bases del régimen jurídico de los funcionarios públicos y no la idea de hacer un estatuto básico. Repetimos, es una tentación para muchas formaciones políticas, que están gobernando en determinadas comunidades autónomas asumir un contenido lo más cerrado posible de ese estatuto, porque así les evita complicaciones dentro de su propia comunidad y, si ya se lo dan hecho, no hay que negociar con los sindicatos materia a materia. Desde la perspectiva de la formación política que yo represento, nos parece que un estatuto tan acabado como el que se pretende iría en muchas ocasiones en contra de los modelos de gestión que las distintas comunidades autónomas hemos ido asumiendo legítimamente. Le reconozco que los principios generales sobre provisión y selección, la determinación de un catálogo de equivalencias de categorías entre los servicios autonómicos de salud y la creación de un comité o foro de encuentro de recursos humanos, es competen-

cia que le incumbe al Estado y que debe estar en este estatuto.

En otras cuestiones, señora ministra —por decirlo con una frase gráfica, puesto que el presidente ya me ha advertido que he consumido el tiempo—, nos gustaría un contenido más ligero que permitiese políticas propias en cada una de las comunidades autónomas, sin demérito de que puede existir la posibilidad de interrelación entre los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas, y la gestión conforme al sistema de empresa sanitaria eficaz y eficiente —esa es la meta de todos— que haya elegido cada comunidad autónoma. Como último recuerdo, puesto que la señora ministra lo conoce de sobra, mi comunidad autónoma entiende la existencia de diferencias entre la asunción de competencias. La comunidad autónoma vasca tiene en esta materia un hecho diferencial, que siempre hemos pretendido que se recoja en una disposición adicional de idéntica manera a como está recogido respecto de la Comunidad Foral de Navarra. El Tribunal Constitucional tiene establecido que cualquier ley delimitadora de competencias, y un estatuto que se pretende básico lo es, es instrumento hábil para la delimitación competencial para la asunción o actualización de derechos históricos, en esta materia mi formación política los tiene. Lo hemos pretendido siempre respecto de la Función pública general y en cuantos debates sectoriales han existido respecto del estatuto básico en materia de Función pública. Con todo, señora ministra, cuente con que analizaremos puntualmente el contenido de lo que como proyecto de ley se presente y que con espíritu colaborador, aunque ya sabe usted que crítico respecto de lo que creemos son competencias asumidos, participaremos en todas las tareas que partan desde el Ministerio.

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

La señora **RIERA I BEN**: Señora ministra, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) le doy la bienvenida. Anticipo, si el presidente no tiene inconveniente, que el turno que corresponde a mi grupo lo vamos a compartir mi compañero Jordi Martí y yo; el señor Martí en lo que hace referencia al estatuto marco y yo sobre la ley de cooperación sanitaria.

En cuanto a ella, señora ministra, déjeme que le exponga una cuestión previa. Me complace reconocer que el Gobierno ha cumplido con uno de los compromisos más importantes que en política sanitaria se había fijado en la actual legislatura: traspasar las competencias del Insalud a las diez comunidades autónomas que aún no las tenían. Ha sido un proceso no exento de dificultades, pero que al fin ha cristalizado relativamente rápido. En menos de un año se ha andado

mucho más camino que el recorrido en siete, pues cabe recordar que la última comunidad autónoma que recibió las competencias sanitarias, que fue la canaria, fue en el año 1944. Como mi grupo parlamentario lleva muchos años reclamando la necesidad de completar todo el proceso transferencial en materia de sanidad, queremos hoy valorarlo de forma explícita y felicitar a la señora ministra y a todo su equipo por la parte que les compete del éxito. A partir de esta realidad, nos encontramos por primera vez ante un escenario que es nuevo. Las 17 comunidades autónomas tienen competencias en sanidad. Este nuevo marco forzosamente debe encontrar una articulación en la que cada cual se sitúe en función de la nueva realidad. Para mi grupo es evidente que no sólo ha cambiado algo en las diez comunidades autónomas que han recibido las competencias en sanidad y que antes no las tenían. Ha cambiado el Ministerio de Sanidad y el Consejo interterritorial de Salud o, mejor dicho, debería cambiar porque ha quedado desfasado y no se adecua a la nueva realidad.

Señora ministra, cumplido ya su compromiso más importante, las transferencias, queda por hacer lo más difícil, la articulación; insisto, cumplido lo más importante y valorado satisfactoriamente. La articulación es compleja. Se deben encajar muchas realidades distintas y de todo tipo y orden. Es evidente que no podemos tener la misma perspectiva sobre política sanitaria en Cataluña, que recibimos las competencias en el año 1981 —han pasado más de 20 años— que las comunidades que acaban de recibirlas. A la experiencia que tiene no sólo Cataluña, y que con más o menos años compartimos otras siete comunidades autónomas, hay que añadir las diferencias propias de cada una de nuestras realidades históricas y sociales. Como decía, señora ministra, hecho lo más difícil, resta lo más importante: definir, articular, coordinar. ¿Cuál es el papel del nuevo Ministerio de Sanidad ahora? ¿Qué modelo es el suyo? ¿Cuáles son las competencias que se reserva la Administración central? ¿Cómo y con qué instrumentos piensa ejercerlas? ¿Cómo va a articular con las comunidades autónomas la definición del catálogo básico de prestaciones o de los nuevos medicamentos? ¿La Administración central puede fijar al margen de las comunidades autónomas las prestaciones que ofrece el sistema cuando van a ser las comunidades autónomas las que van a soportar los costes? Señora ministra, para estas cuestiones y para muchas otras que la ley de coordinación sanitaria plantea, mi grupo tiene respuesta y tiene modelo que, obviamente, estamos dispuestos a compartir no sólo con el Gobierno y con el grupo que lo sustenta, sino con todos los grupos que tienen representación en la Cámara.

Déjeme que le diga también, señora ministra, que hasta el día de hoy parece que no vamos por el buen camino. Si estamos en los prolegómenos de un proyecto de ley muy importante, aún podemos hacer todo lo

que debería hacerse y no se ha hecho hasta ahora. De no ser así, de estar ante un proyecto que por parte del Ministerio estuviese ya muy trabado, muy consolidado, muy definido, nos encontraríamos con que esta ley de coordinación y cooperación sólo tendría el título. Es evidente que no deseamos este escenario y confío que tampoco lo desee la señora ministra y su grupo parlamentario. Nada peor podría pasar que después de haber hecho lo más difícil, tras la implementación de cómo vamos a desarrollar de una manera coherente con la realidad que tenemos las competencias de las 17 comunidades del Estado español en materia sanitaria, ahora en este entramado nos hiciéramos daño y estropeásemos lo que por definición está muy bien, que es haber acercado el sistema de salud, la Administración al usuario. Todo son ventajas en el nuevo modelo, nosotros las hemos defendido siempre. Nada mejor para el usuario del sistema que pensar que con las competencias que tiene desde su comunidad se le van a facilitar los servicios y aquello que necesita para garantizar un derecho básico. Esto, señora ministra, puede hacerse bien o mal. Después de lo que hemos visto hasta hoy a través de los medios de comunicación, porque ha sido donde se ha dirimido el debate, yo me veo obligada a manifestar públicamente una circunstancia que no parece normal. Probablemente usted me podrá dar una explicación, pero hoy por hoy no parece normal. No parece normal que en sede parlamentaria exista un texto del principal grupo de la oposición, el socialista, y que no tengamos el proyecto de ley del Gobierno. No parece normal que el vicepresidente del Consejo interterritorial de Salud —el consejero de Cataluña, Eduard Rius— no tenga ningún borrador del proyecto de ley de cooperación sanitaria. Ningún grupo parlamentario —puedo afirmarlo en general— ha visto ni siquiera un borrador previo. Insisto en lo que le decía antes: o estamos en los prolegómenos, y todo llegará y tendremos tiempo de verlo, o algo ha empezado mal, puesto que hace meses que el debate está en los medios, señora ministra. Esta portavoz ha sido instada en varias ocasiones a que se pronuncie y diga cómo ve esta ley. Con la prudencia que caracteriza a mi grupo, he optado por decir que pensamos que debe ser una buena ley y que confiamos en que la actitud del Ministerio sea la de colaborar con todas las comunidades autónomas para definir desde el principio por dónde debe ir la ley; sin embargo, lo que nos llega por lo medios de comunicación no va por este camino. Hoy en su comparecencia usted no ha definido nada que pueda ser rechazable en principio. De todos modos, ha hablado con especial énfasis de la agencia de evaluación de la información, y a mi grupo le preocupa de manera especial en que lo ha expuesto. De aquí podría derivarse que cambiásemos el nombre del Ministerio de Sanidad para llamarlo agencia de evaluación; esto podría ser malo —no digo que lo sea—. No ha resuelto usted las dudas que tiene mi grupo, sino que les ha añadido inquietud.

Para concluir y permitir a mi compañero Jordi Martí que entre en la segunda parte, déjeme que le diga una vez más, señora ministra, lo que ha sido una constante para mi grupo parlamentario. Por la experiencia que tenemos en competencias en materia sanitaria desde 1981, estamos dispuestos a colaborar con el Ministerio de Sanidad con la misma lealtad de siempre; lo que ocurre es que la voluntad de colaboración tiene que ser recíproca y tiene que ir más allá de las palabras y concretarse en hechos. Si esa es la actitud del Ministerio, encontrará a mi grupo parlamentario, y por descontado a la Consellería de Sanidad de mi Gobierno, dispuesto a hacer todo lo que sea menester.

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

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Señora ministra, señorías, intervendré con mayor brevedad que mi compañera y portavoz, Zoila Riera, para fijar la posición de mi grupo parlamentario en cuanto al futuro estatuto marco, ateniéndome estrictamente al contenido de la intervención de la señora ministra, puesto que, como ella ha dicho, no tenemos ningún borrador hasta la fecha más que los que se han discutido —lo ha mencionado la señora ministra— en la comisión de recursos humanos del Consejo interterritorial de Salud.

Nuestra posición es también muy conocida, como ha recordado la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco. Lo que creen el Grupo Parlamentario Catalán y el Gobierno de la Generalitat que debe ser el estatuto marco está contrastado históricamente: lo conoce el Ministerio, la señora ministra, los ministros anteriores y sus equipos ministeriales y también el sector sanitario, tanto el catalán como el del Estado en su conjunto. En todo caso, tengo que hacer referencia forzosamente a los términos de la moción que da lugar a la comparecencia de hoy de la señora ministra. El apartado segundo establece un plazo de seis meses para que el Gobierno traiga a esta Cámara el proyecto de ley; estamos dentro del plazo, pero se está acabando. Como siempre, preferiríamos que se superase el plazo por un corto espacio de tiempo a cambio de conseguir un buen consenso para que el proyecto de ley tenga el apoyo de todos los grupos parlamentarios. Por mi parte y con la misma moción como base, podría remitirme a la postura expresada por la portavoz en el momento en que se debatió la misma, publicada en el «Diario de Sesiones» del 18 de septiembre; no obstante, por respeto a la señora ministra y a esta Comisión, haré referencia a cuatro puntos que resumen lo que creemos que debería ser el futuro estatuto marco.

La señora ministra nos ha dado una información muy general. Ha hablado de los principios generales en que se sustentará el estatuto marco, y de entrada no podemos estar en desacuerdo con ninguno de ellos. Hablaba ella de conversaciones y contactos con todos

los sectores implicados para obtener el consenso que todos deseamos; estamos de acuerdo, como no podría ser de otra manera. Ha dicho que deben contemplarse los derechos y deberes del personal sanitario, la garantía de movilidad de ese personal, el escrupuloso respeto a las competencias de las comunidades autónomas —que quiero subrayar especialmente porque estamos especialmente de acuerdo con tal tarjeta de presentación— y, obviamente, incentivos profesionales para que los implicados tengan esperanza en su futuro y en su carrera profesional. Decía, señor presidente, que me referiría muy rápidamente a cuatro puntos que resumen cómo debería desarrollarse el estatuto marco o qué planteamientos debería contener. En primer lugar, mi grupo parlamentario está de acuerdo en la existencia del estatuto marco. El artículo 149.1 de la Constitución y el artículo 84 de la Ley General de Sanidad habilitan al Gobierno para editar un estatuto marco que recoja el régimen básico del personal sanitario al servicio de instituciones sanitarias públicas en sus aspectos esenciales; hasta ahí lo que establece la normativa vigente. Este portavoz hubiera deseado —aunque sus deseos sean irrelevantes desde el punto de vista político— que no existiera tal habilitación, puesto que Cataluña y otras comunidades autónomas estarían en condiciones de ordenar estas cuestiones con mucha más libertad de la que ofrecerá el estatuto marco en el futuro, aun cuando sea fruto del máximo consenso posible. Es cierto también que es muy poco presentable desde el punto de vista estético, como han señalado otros portavoces, que nos rijamos todavía por tres estatutos preconstitucionales, de 1966; y que llevemos 15 años de retraso en dar cumplimiento a lo establecido por el citado artículo 84 de la Ley General de Sanidad, por lo que hay que decir que hay una responsabilidad política compartida entre los gobiernos anteriores del Grupo Socialista y el actual del Grupo Popular. En todo caso, estamos en una nueva fase y daremos todo nuestro apoyo para que el texto vea la luz con el máximo consenso. En segundo lugar, nos hubiera gustado disponer de un borrador al que referirnos contrastándolo con las explicaciones que nos ha dado la señora ministra, con cuyos principios generales ya he dicho que estamos absolutamente de acuerdo. En el Consejo interterritorial se manejaron diversos borradores a finales del año pasado y apuntan en la buena dirección, especialmente el último, con el que trabajó la comisión de recursos humanos del Consejo. Hay que seguir en esa línea y lo apoyaremos para que se logre el deseado consenso. Es verdad, señora ministra, que el consenso no cae solo —usted lo sabe—; es una palabra que llena la boca de todos los parlamentarios, pero hay que perseguirlo con ahínco y con voluntad política. Desde luego, en esa senda nos encontrará. En tercer lugar, mi grupo parlamentario cree que el estatuto marco no debe ser un objetivo en sí mismo, sino un instrumento que contribuya a mejorar sustancialmente la gestión del ya de por sí buen sistema sani-

tario que tenemos en el Estado español; esa es nuestra posición política. Por tanto, tiene que coadyuvar a la buena gestión y no ser un objetivo en sí mismo para lograr no sé qué intereses en función de los objetivos de los colectivos profesionales implicados. Por tanto, este estatuto marco debe incidir en el perfeccionamiento de la confluencia de la provisión pública y la privada, es decir, de la provisión mixta y de la gestión empresarial de los recursos que, como todos ustedes saben, es un modelo básico para nuestra fuerza política que ha estado gestionando la asistencia sanitaria — como decía mi compañera y portavoz, Zoila Riera— desde el año 1981 en Cataluña. En ese sentido y haciendo abstracción de la ley que aprobamos hace poco sobre interinos del Insalud quería aprovechar para comentar que el estatuto marco debería servir para abrir el Sistema Nacional de Salud a otras fórmulas de relación laboral más allá del régimen estatutario. Si en el Sistema Nacional de Salud se han flexibilizado los instrumentos de gestión de los centros sanitarios y de los recursos sanitarios, también deben flexibilizarse los modelos de contratación del personal de las administraciones públicas sanitarias. Ha llegado el momento —después de esta nueva fase o escenario que comentaba mi compañera, Zoila Riera— de avanzar hacia una laboralización, al menos parcial, del sistema porque esa es la línea en la que hemos trabajado en varias comunidades autónomas. Hay dos ejemplos que se pueden citar muy gráficamente para dar apoyo a esta aseveración, a este planteamiento de política sanitaria. Uno lo encontramos en la famosa Ley Orgánica de Universidades, aprobada recientemente con cierta polémica por este Congreso. Se establece la posibilidad de que un máximo del 49 por ciento de los profesores puedan ser contratados por la vía laboral. En Cataluña tenemos la Ley de Función Pública de 1994 que establece que todos los nuevos profesionales sanitarios que contraten las nuevas entidades creadas por el Servicio Catalán de la Salud se someterán al régimen laboral.

Respecto a lo que ha dicho la ministra sobre el consenso, tenemos que trabajar en esta línea. Las diferentes realidades de las comunidades autónomas tienen que tener acogida en este modelo. La señora ministra sabe que en Cataluña hay más de 30.000 profesionales sanitarios que no son estatutarios, que están dando servicio en diferentes entidades de cobertura sanitaria pública y pensamos que es una necesidad que estas singularidades tengan su encaje en este futuro modelo de estatuto marco. Por tanto, nos va a encontrar en disposición máxima de colaboración siempre y cuando se cumplan los planteamientos que usted nos ha facilitado de máximo consenso y, sobre todo, de respeto escrupuloso a las competencias de las comunidades autónomas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Valentín, por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, si no le importa, también vamos a compartir el tiempo en el Grupo Socialista. La señora Rumí va a fijar la posición del grupo respecto a la ley de coordinación y yo misma lo haré respecto al estatuto marco.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo.
Tiene la palabra la señora Rumí.

La señora **RUMÍ IBÁÑEZ**: Señora ministra, lamento tener que decirle que esta comparecencia llega tarde. Una vez más usted llega tarde, aunque es verdad que todas las reglas tienen excepción y a la hora del comienzo de esta comparecencia usted no ha llegado tarde. Hace apenas tres semanas su grupo parlamentario mantuvo en la Diputación Permanente que no había ninguna urgencia para acudir a la Cámara a ofrecer explicaciones sobre los asuntos que hoy estamos tratando aquí, pero ahora, de pronto, parece que sí la hay. Cabría preguntarse, quizá, si la razón de esta repentina urgencia estriba en que el Grupo Socialista, ante la pasividad del Gobierno, registró la semana pasada una proposición de ley que afronta los retos de la sanidad española tras las transferencias. La puntualidad —hablando políticamente, claro— no es su fuerte, señora ministra. Usted acaba siempre por llegar tarde para ofrecer respuestas tanto a las obligaciones políticas de su Ministerio como a aquellas situaciones en las que, como sucedió este verano, con crisis como la del Lipobay, Baxter o la de la *legionella*, está en riesgo la seguridad colectiva de esta sociedad. Ahora vuelve a ocurrir lo mismo ante un tema de tanta envergadura política como es el de la garantía de la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Señora Villalobos, no existe ninguna razón que pueda justificar que el nuevo escenario sanitario haya nacido sin una norma que garantice su vertebración. Usted tendría que rendir cuentas hoy aquí de ese injustificado retraso y no lo ha hecho. Nos ha hablado de que se concretará, se definirá, se contemplará; futuribles. Díganos cuáles son las causas de esta grave demora que le han impedido remitir al Parlamento un proyecto de ley que, como le digo, ya llega tarde y que va por detrás de los acontecimientos, una vez que nuestro grupo ha presentado una proposición de ley que suple la parálisis gubernamental. Puede usted incurrir en la tentación de ofrecer explicaciones inverosímiles o quizá hasta de responder con chascarrillos, pero este Parlamento espera respuestas convincentes y no un rosario de justificaciones banales. En junio del año pasado desde su Ministerio se aseguraba públicamente que el proyecto de ley sería llevado al Parlamento antes de que finalizara el año 2000. Esas declaraciones las tengo aquí, no me las estoy inventando. Por tanto, díganos qué ha pasado, qué presiones ha sufrido o qué le ha impedido cumplir con este compromiso. Lo razonable hubiera sido traer a la Cámara el proyecto de ley coincidiendo con la culminación del proceso de transferen-

cias a finales del pasado año. Digo que hubiera sido lo razonable, porque una sanidad transferida requiere respuestas sólidas para que el sistema ofrezca la necesaria garantía de equidad territorial a los ciudadanos, articulando mecanismos de encuentro entre administraciones públicas y consolidando definitivamente un sistema público de salud de calidad.

Señora ministra —se lo digo con la cordialidad que sabe que siento por usted—, es su propia debilidad, su propia incapacidad política para superar presiones la que ha acabado por frustrar los planes previstos en el departamento. En caso contrario, si no fuese por razones ancladas en la debilidad política, estaríamos hablando de simple desidia en la dirección política de la sanidad española. En cualquier caso, ya sea por debilidad o por desidia, su responsabilidad en este tema es incuestionable. ¿Este es el interés del Gobierno del señor Aznar por la sanidad pública? Usted ha solicitado esta comparecencia ahora, en este momento y no hace tres semanas porque el Partido Socialista ha tomado la iniciativa. Confía en que con su sola presencia hoy podrá acabar maquillando la injustificable ausencia encima de la mesa de un proyecto de Gobierno que nadie conoce, ni los grupos políticos ni las comunidades autónomas ni los representantes sociales ni los profesionales. Se equivoca, porque hoy nos ha esbozado un borrador fantasma que, al menos con lo que usted ha comentado aquí, tiene bastantes carencias. Me remitiré sólo a tres como las más significativas: No propone nuevos derechos para el ciudadano, no apuesta por el fortalecimiento de la naturaleza pública del sistema sanitario español y no cree en el Estado de las autonomías. No aparece claramente cuál es el papel que se atribuye al Consejo interterritorial, por tanto, tengo que afirmar que demuestra que no cree en la descentralización. No he oído propuestas para que las comunidades autónomas tengan capacidad para decidir las nuevas prestaciones o todo lo relacionado con los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. También sería razonable que apareciese la intervención de las comunidades autónomas en asuntos que luego repercuten en la asistencia de sus ciudadanos y en sus presupuestos.

Señora ministra, ya que no ha sido capaz —permítame la expresión— de hacer a tiempo sus deberes, ahora la emplazo a llevar a cabo un ejercicio de responsabilidad, para que los intereses generales no acaben por perjudicarse en mayor medida y así podamos hacer realidad la existencia de la norma que necesita ahora el sistema sanitario. Los socialistas hemos realizado el trabajo que usted no ha hecho y ponemos a disposición del Gobierno y de todos los grupos políticos una propuesta realista sobre el sistema sanitario del futuro inmediato; una propuesta sobre la forma de conducir la sanidad en el nuevo escenario, desde el Ministerio y desde las comunidades autónomas, conjuntamente, para afrontar la mejora y el fortalecimiento de la sanidad española durante las próximas décadas. No me voy

a extender en explicar la proposición —que está registrada como he dicho y que además usted conoce porque yo misma se la envié el pasado miércoles—, sólo voy a apuntar someramente algunos rasgos vertebradores que he echado en falta de lo que usted ha comentado. Nosotros hacemos una apuesta por el refuerzo de los derechos de los ciudadanos, por lo que es la garantía y el principio de igualdad, por la coordinación entre las administraciones y el refuerzo del protagonismo de las comunidades autónomas en las decisiones que les competen y en el fortalecimiento de la naturaleza pública de los servicios de salud, que es como se va a poder permitir la consolidación de la sanidad en tanto que pilar central de nuestro Estado de bienestar anclado en una preferencia inequívoca por la prestación pública.

Quiero subrayar de especial manera que la proposición de ley socialista —y lo digo con satisfacción— ha logrado dar respuesta al siempre complejo pero ineludible reto de encajar la diversidad competencial que desde el día 1 de enero caracteriza a nuestra sanidad, en un equilibrio que junto al Ministerio de Sanidad garantizará la mayor presencia y participación autonómica en las decisiones que afectan al conjunto del territorio del Estado. Por tanto estamos planteando dejar a un lado los problemas, que, vuelvo a insistir —y lamento tener que hacerlo, señora ministra—, tienen varado a su Ministerio, cada vez sumido en mayor medida en una debilidad política cuyos resultados están a la vista, con el inexcusable retraso en este proyecto de coordinación. Creo que le va a llamar cooperación y no coordinación porque los socialistas le pusimos coordinación, pero creo que este es un debate nominalista en el que no voy a entrar. Lo importante es que este país necesita esta ley una vez que se han efectuado las transferencias sanitarias. Hay que desechar la posibilidad de que la sanidad española en su conjunto acabe por pagar los platos rotos de una evidente falta de liderazgo por razones internas estrictamente de su Gobierno. Estamos hablando de comenzar desde ya mismo a trabajar sobre un proyecto cierto, real, tangible, registrado, que cuenta con el respaldo de importantes sectores profesionales y sindicales y no de seguir especulando sobre proyectos que nadie conoce, que no acaban por ver nunca la luz y que comportan el riesgo de nacer con el sello de la división entre sus propios promotores.

Señora ministra, el Partido Socialista, a diferencia de ustedes, sí ha sido capaz de llegar a tiempo, de hacer el trabajo que el Gobierno ha sido incapaz de realizar y le ofrezco una oportunidad que creo que es buena para usted y para la sanidad de este país: trabajemos a partir de esta proposición de ley socialista, mejorable, sin duda, evidentemente, pero que tiene los elementos vertebradores necesarios para garantizar nuestro Sistema Nacional de Salud. No existiría ninguna razón que pudiera justificar una negativa a esta oferta y creo que no deberían de añadir más dificultades a su propia incompetencia.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Ministra, bienvenida a la Comisión de Sanidad. Después de escucharla intervenir brevemente sobre el estatuto marco, he entendido por qué se ha organizado la comparecencia en la Comisión de Sanidad de esta mañana de la forma en que se ha hecho, es decir, por qué el presidente hacía ayer especial hincapié en que se hablara de todo, por todos, sin orden ni concierto. Esto es un batiburrillo que nos impide —desde el Grupo Socialista lo planteamos así— llevar de forma ordenada el debate, sobre todo cuando estamos hablando de dos temas tan importantes para el futuro del Sistema Nacional de Salud como la coordinación y la regulación de las relaciones laborales del personal al servicio del Sistema Nacional de Salud, es decir, del estatuto marco. Creo que es un documento que tiene que armonizar y vertebrar, que ha de servir precisamente para armonizar y vertebrar el Sistema Nacional de Salud y para dar cohesión a las condiciones de los profesionales que están trabajando dentro de dicho sistema. Repito, después de oírla he entendido por qué este batiburrillo y sinceramente todavía no sé ante qué estamos, ministra. ¿Estamos ante un texto virtual? ¿Estamos ante una ley de cooperación como su propia petición de comparecencia dice? Me llama la atención poderosamente lo de la ley de cooperación. Ley, señora ministra, es cuando las Cortes la han aprobado, digo yo. No sé si ahora se ha atribuido el propio Gobierno la facultad de aprobar las leyes. ¿Estamos ante un texto virtual? ¿Estamos ante un documento abierto? ¿Estamos ante un documento cerrado ya, aprobado por el propio ministerio y que se nos trae aquí, y digo que se nos trae como una exposición verbal durante cinco minutos porque no conocemos el texto, señora ministra? ¿Por qué ese empeño? En la junta de portavoces de la semana pasada el Grupo Socialista le dijo al presidente de la Comisión que necesitábamos el texto para hacer una comparecencia rigurosa sobre el estatuto marco. No podemos discutir sobre la nada, ni podemos simplemente quedarnos con la relación de principios generales que usted ha enumerado, que son los mismos que ya dio con motivo de la interpelación de Coalición Canaria en el mes de junio del año pasado, y son los mismos que usted expuso en el Consejo interterritorial en dicho mes. ¿Se puede saber qué hemos avanzado, ministra, respecto al estatuto marco desde junio del año pasado, cuando se aprueban esos principios básicos, hasta el 25 de enero de 2002 en que usted entrega a las comunidades autónomas el texto, según nos ha explicado?

No podemos, por responsabilidad política, opinar sobre el fondo, porque por muchos textos que haya colgados en la red, mientras en la web del Ministerio de Sanidad no aparezca un texto oficial o mientras la señora ministra no considere, por respeto a las formas

democráticas, que los grupos parlamentarios tienen que tenerlo para debatir en profundidad, no podemos, repito, entrar en el fondo del asunto, pero sí me gustaría hacer una serie de consideraciones sobre las formas y el fondo del futuro estatuto marco. Un estatuto marco que tenga vocación de ser aprobado con el máximo consenso posible necesita precisamente dos ámbitos previos de acuerdo: primero en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y, en segundo lugar, con las fuerzas sindicales representativas, porque habrá que tener en cuenta no solamente el estatuto marco del que estamos hablando, sino el futuro estatuto de la Función pública, la legislación existente en el ámbito europeo, el modelo LOGSE, es decir, hay que tener en cuenta un cúmulo de textos que hablan precisamente sobre condiciones laborales del personal que se tienen que incorporar al texto del estatuto si no queremos que nazca ya viejo.

Hacemos especial hincapié en la necesidad de acuerdo con las comunidades autónomas porque queremos que sea un proceso transparente y claro y me gustaría saber, ministra, en qué momento se encuentra esta negociación con las comunidades autónomas, porque he oído a alguna representante de algún grupo político de alguna autonomía decir que sí que se ha negociado con su comunidad autónoma, pero no es así con todas. Por tanto, ministra, ¿con quién se está negociando el estatuto marco? ¿Con qué comunidades autónomas se ha hablado y con cuáles no y cuáles son los motivos para que no se haya hecho extensivo a los gobiernos de todas las comunidades autónomas?

Según parece, el día 18 de este mes se va a volver a reunir la comisión de recursos humanos del Consejo interterritorial y me gustaría saber, ministra, si están establecidos plazos para la tramitación de este proyecto virtual, sobre el que no tenemos conocimiento, y si se va a remitir a las Cortes después de haber alcanzado un acuerdo o será simplemente una notificación de voluntades.

Quería hacer especial hincapié, ministra, en la necesidad de acuerdo con las fuerzas sindicales, y aquí veo un primer problema. A pesar de que en el mes de junio del año pasado todos los sindicatos con representación le pidieron a usted por escrito la constitución de la mesa sectorial de negociación del Sistema Nacional de Salud, hasta este momento no está todavía constituida. Negociar bilateralmente con cada sindicato tiene un problema, señora ministra. Ya lo vimos cuando se negoció el acuerdo de farmacia con cada uno de los sectores implicados: un sector no sabía lo que se negociaba con el otro y cuando se puso todo en común la verdad es que saltaban chispas desde los consumidores hasta los propios distribuidores o la propia industria. Me parece que si hay un instrumento, como es la mesa nacional, para que negocien todos y que todos se enteren de lo que propone cada uno, en aras a la transparencia, debería usted constituirla y no andar con malos

entendidos negociando bilateralmente con cada uno de los sindicatos.

Señora ministra, sinceramente queremos que el Consejo interterritorial tenga un papel predominante. Queremos que se nos envíe por escrito, por favor, el texto del estatuto marco, si es que tiene a bien la ministra hacerlo. Queremos que exista una estrecha relación entre el Libro Blanco de la Función pública, el estatuto de la Función pública y el futuro estatuto marco. Queremos la adecuación de este texto a la legislación europea y no solamente desde el punto de vista de la jornada, sino en cuanto a otros aspectos importantes sobre los que ya se han legislado. No queremos, por supuesto, que nazca ya viejo el estatuto. No deseamos que sea un estatuto excesivamente reglamentista; tiene que abrirse al futuro de un sector en permanente cambio. Queremos respeto a las competencias de las comunidades autónomas y que responda al carácter de trabajo en equipo y multidisciplinar necesario en el abordaje de cualquier problema desde el punto de vista de personal. Ha de ser un instrumento que facilite la gestión de recursos humanos, pero no queremos sorpresas posteriores. Queremos un estatuto que dé solución a los problemas planteados y que todas las previsiones que tengan trascendencia económica tengan el consiguiente respaldo y partida en los Presupuestos Generales del Estado.

Para terminar, me gustaría plantear una serie de interrogantes por si la ministra tiene a bien contestar. ¿Con qué carácter está establecido en el estatuto marco el sistema retributivo? ¿La movilidad se establece con carácter forzoso o voluntario? Desde el punto de vista de la clasificación profesional, ¿se ha respetado lo que se establece en la LOGSE? ¿Es cierto que el régimen disciplinario penaliza más, va más allá del Código Penal? ¿Define las funciones de los profesionales de manera que puedan ser homogéneas en todo el territorio? Cuando se habla de la trasposición de la directiva europea de las 48 horas, ¿se menciona en el estatuto marco y, si es así, va dotado de la correspondiente presupuestación económica para que sea aplicable en todas las comunidades autónomas?

Señora ministra, me gustaría que cuando vaya a tratar temas de tanta trascendencia como son estos nos diera la posibilidad de poder hablar y debatir con rigor el tema, pero así me da la sensación de que lo único que quiere es huir del debate, con lo que vamos a avanzar muy poco.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Buenos días, señora ministra, bienvenida una vez más a la Comisión de Sanidad de este Congreso de los Diputados, que celebra su primera sesión en el actual período, y a la primera viene la ministra de Sanidad y Consumo a compare-

cer para explicar cuáles son las actuaciones sobre dos materias de verdadero calado, que son la futura ley de cooperación y coordinación, como mecanismo de regulación del Estado y de las comunidades autónomas, y el estatuto marco; y viene a petición propia y a petición de dos grupos parlamentarios nada más, el Grupo Federal de Izquierda Unida, que pide la comparecencia sobre ambas materias, y el Grupo de Coalición Canaria, que lo hace siguiendo un criterio de reválida para aquella moción que aprobamos hace cinco meses sobre la obligatoriedad de que la ministra viniera a esta Comisión de Sanidad a explicar cómo iban las negociaciones de la puesta en marcha del futuro estatuto marco. Además, señor presidente, en la intervención del Grupo Socialista se ha dicho que el Grupo Popular, en la Diputación Permanente, impidió la comparecencia de la ministra y, para ser cierto en su totalidad, este portavoz que les habla, que lo hizo en aquella Diputación Permanente, a petición no del Partido Socialista sino de Izquierda Unida, manifestó que no había necesidad alguna de convocar una Comisión urgente y extraordinaria de Sanidad en el mes de enero cuando se celebraría inmediatamente en el mes de febrero, y en esta primera Comisión de Sanidad, a petición propia, la ministra viene a comparecer para hablar de cuál es la situación actual sobre estos dos temas. Quiero que quede constancia en mi intervención de este asunto, porque da la impresión de que el Grupo Parlamentario Socialista no tiene excesivo interés en hablar hoy sobre el estatuto marco ni sobre la ley de cooperación. A lo mejor es que no le interesaba que la ministra viniera a hablar de lo adelantado de los proyectos y de las negociaciones, que son bien conocidas por todos los grupos parlamentarios y por todos los actores que en los distintos sectores tienen competencias en la materia. Algunas veces los grupos parlamentarios usan como mecanismo de información a la gente de su partido en los distintos órganos y en otras se llaman andana y no tienen ninguna comunicación ni información con las gentes de sus partidos en relación con la asistencia a los órganos de su correspondiente competencia.

Decir que la negociación, que lleva prácticamente un año en relación con el estatuto marco, tiene que hacerse en el seno del Consejo interterritorial con los agentes sociales y con las comunidades autónomas es una obviedad, es decir lo que se está haciendo, señor presidente, y, para ello, gracias a Dios, hay redacción de actas de las reuniones de recursos humanos del Consejo interterritorial y de las reuniones con los distintos sindicatos que la ministra ha expuesto en su detallada intervención en relación con el estatuto marco. Por tanto, señora ministra, mi agradecimiento y el del Grupo Parlamentario Popular en relación con la información del estatuto marco. Viene usted con los deberes hechos. Viene cumpliendo una normativa del Congreso de los Diputados donde se le pide que venga en el plazo de seis meses a comparecer para indicar cómo está la

situación, y usted lo ha hecho. Las negociaciones están avanzadas. Las comunidades autónomas tienen los borradores. Las comunidades autónomas tienen un tiempo suficiente para manifestar sus criterios e incorporar las enmiendas oportunas en relación con ese borrador de estatuto marco, y los sindicatos volverán a tener una segunda reunión. Cuando termine este proceso —que SS. SS. saben que es verdaderamente difícil porque llevamos 20 años y todavía no hay un estatuto marco— espero y deseo, y a eso le animo, señora ministra, que en este año pueda venir al Parlamento la ley que regule definitivamente el estatuto marco, como es normal en S.S., porque todas las cosas que dijo en la primera comparecencia en junio del año 2000 se van cumpliendo una a una y antes de tiempo, además con diálogo, con consenso, y a las pruebas me remito, señorías. El año pasado aprobamos dos leyes con consenso mayoritario, una de ellas hasta que no quedó una sola enmienda viva en la última Comisión, y ahora estamos negociando otras dos leyes donde parece que hay criterio de diálogo y de consenso —lo ha expuesto desde el primer día la ministra y todos los grupos políticos parece que lo recogen en sus propias intervenciones— y donde llegaremos a acuerdos fructíferos en beneficio de lo que la ministra ha insistido, que es la calidad y la promoción de la salud para todos los ciudadanos españoles.

En cuanto a la ley de cooperación, la ministra ha expuesto las líneas generales, y los borradores que circulan en los medios de comunicación han sido usados por todos los grupos políticos para el análisis de sus intervenciones de esta mañana —lo cual me parece muy bien y muy razonable—; además, el Grupo Parlamentario Socialista los ha usado estrictamente para presentar su proposición de ley puesto, que son párrafos calcados uno de otro, además de otras iniciativas que respeto y que comprendo. **(La señora Valentín Navarro: ¡Léelo primero!).** Señor presidente, he escuchado atentísimamente las intervenciones del Grupo Socialista, sin una sola interrupción. **(La señora Valentín Navarro: yo también.)** Pido amparo.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, por favor, guarde silencio.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** No he dicho nada, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, no me haga que le llame al orden, por favor. No tiene la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** No he dicho nada. Creo que el mismo trato me merezco yo que el resto de los grupos de la Cámara y de la Comisión de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, no tiene la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Ya sé que no tengo la palabra.

El señor **MINGO ZAPATERO:** En relación con el contenido de la próxima ley de cooperación como mecanismo que garantice aún mejor y que desarrolle la propia Ley General de Sanidad en aspectos de coordinación, de cooperación, de fomento de la relación en la información, en la canalización de la información y en las garantías de acercamiento a los ciudadanos de la administración sanitaria la ministra ha aportado aspectos sobre el catálogo de prestaciones, los criterios de fomento de la salud pública, las necesidades de participación y consulta en el Consejo interterritorial y el desarrollo de las funciones de investigación, de formación en la salud y de aportación a todas las comunidades autónomas de sus servicios en lo que corresponde al Instituto de Salud Carlos III. Por último, ha mencionado la creación de una agencia que gestione y evalúe adecuadamente la información para, desde ahí, poder desarrollar lo que al Ministerio de Sanidad y Consumo le deja bien claro la enumeración de competencias en la Ley General de Sanidad, que no es otra cosa que la alta inspección del Estado. Estas líneas marcadas por la ministra vienen —y con ello termino, presidente— a dar la importancia que ambos temas tienen hoy —en febrero de 2002— en relación con la sanidad. Por eso la ministra ha querido venir a dar cuenta a la Comisión de Sanidad de cuál es la situación en este sentido. Además —y con esto termino, presidente—, como siempre, ha mencionado el criterio de diálogo y consenso, porque es su estilo, es lo que ha venido haciendo y es lo que espero que haga en el futuro.

El señor **PRESIDENTE:** Para dar contestación a las distintas intervenciones, tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Agradezco mucho las intervenciones de todos los portavoces a quienes intentaré conjuntamente dar una respuesta adecuada. En primer lugar, sobre todas las intervenciones ha planeado una pregunta que lógicamente comparto y que nos hemos hecho todos —también desde el propio ministerio—, que ha planteado la señora Castro, peticionaria de esta comparecencia, sobre cuál es el papel del ministerio una vez concluidas las transferencias a todas las comunidades autónomas. Incluso la señora Julios ha hablado del cambio de chip. Yo le sugeriría a la señora Julios que todos nos tenemos que cambiar el chip en cuanto a lo que ha sucedido hasta ahora en el Sistema Nacional de Salud. Esta es la nueva realidad. Es cierto que ambos temas son temas densos e importantes. Estoy convencida de que en esta Comisión se va a hablar muchas veces

de esas dos cuestiones, porque creo que merecen un gran interés. En cuanto a la ley de cooperación y coordinación no es lo mismo cooperación que coordinación y en eso estoy de acuerdo con lo que planteaba la señora Uría. La coordinación básica del sistema es una competencia exclusiva del Estado y la cooperación es una actitud voluntaria —algo que también comparto absolutamente con la señora Uría— y de esa forma está contemplada en esta ley de coordinación y cooperación del Sistema Nacional de Salud. Es cierto que hay unas competencias exclusivas del Estado que entiendo que algunas posiciones políticas no compartan, pero están en la Constitución y, por lo tanto, la Administración las va a ejercer, pero hay muchas formas de ejercer las competencias. Nosotros hemos trabajado fundamentalmente con ese cambio de chip y con ese cambio de posición en la que estamos, porque el Ministerio sigue siendo de Sanidad. Lo que ha cambiado sustancialmente es la prestación de servicios de asistencia sanitaria. Antes había una dualidad entre las comunidades autónomas que las ejercían y las que no.

¿La ley de coordinación y de cooperación tiene que estar el 31 de diciembre o tendría que haber estado al día siguiente de las transferencias a la comunidad autónoma catalana? Porque ahí es cuando empieza a producirse el cambio profundo de la prestación de servicios en el Sistema Nacional de Salud. Hay una comunidad autónoma que tiene competencias en la asistencia. En aquel momento la pregunta era: ¿tendría que haberse hecho la ley? Responder ahora a esa pregunta no ha lugar, pues hace muchos años de esto, pero ya empezaba a existir una dualidad porque había comunidades autónomas con competencias, que nadie coordinaba porque no existía la ley, y me remito simplemente a lo que en la actual Ley General de Sanidad es el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud y sus competencias, que son bastantes limitadas y que, por cierto, en la nueva ley se cambian y se amplían en algunos sentidos. Esa dualidad ha hecho que el Ministerio de Sanidad estuviera más pendiente de la asistencia sanitaria del Insalud que de cumplir la obligación de coordinación del Sistema Nacional de Salud. Yo comprendo que las comunidades autónomas que ya tenían estas competencias se pongan ciertamente nerviosas, porque antes no existía un órgano de coordinación ni había una ley de coordinación ni existía una obligación de coordinarse con nadie. Por lo tanto puede surgir el hecho de que estas comunidades se pregunten en qué va a cambiar esto su *status* o su trabajo. Por eso les decía que, tal vez, la ley se tenía que haber planteado en el año 1981, cuando se produjo la primera transferencia, pero es igual, estamos en el año 2002.

¿En qué momento tenemos que presentar una ley de cooperación y coordinación del Sistema Nacional de Salud? Si todas las competencias hubiesen sido iguales en este momento, tal vez alguna de las intervenciones que se han hecho hoy aquí podrían tener alguna razón,

pero el Insalud sigue funcionando de forma transitoria —y lo he dicho en mi primera intervención— durante tres meses, y así lo contemplan los reales decretos de transferencia de la asistencia sanitaria a estas diez comunidades autónomas, a petición de las propias comunidades. Casi todas las comunidades han pedido que lo prorrogamos otros tres meses más. Es decir, las decisiones de los consejeros de Salud en las comunidades autónomas tendrán un respaldo potente por parte de los servicios centrales del Insalud, que están funcionando todavía para las comunidades autónomas, no para el Ministerio de Sanidad. Lo que está haciendo en este momento el director general del Insalud a mí no me reporta nada porque está trabajando para los consejeros de Salud de las comunidades autónomas, que nos han pedido tres meses más. Como nosotros creemos que, efectivamente, es necesario garantizar ese traspaso tranquilo de las competencias del Insalud a las comunidades autónomas, lo vamos a mantener el tiempo que las comunidades nos lo pidan, salvo en el caso de Murcia, que nos pidió asumir a partir de enero todas las competencias reales. De las diez comunidades, es la única que tiene competencias absolutas en este momento, por lo que el Insalud no está trabajando actualmente para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El momento de la ley es ahora. El Ministerio de Sanidad ha estado trabajando con la colaboración de todas las comunidades autónomas para hacer un proceso de transferencia adecuado, que creo que ha sido modélico por parte de las comunidades autónomas y por parte de los servicios del Ministerio de Sanidad. Se han transferido las competencias a diez comunidades autónomas en diez meses de trabajo. Creo que esto es muy positivo y que ha significado una colaboración transparente, objetiva, real y cierta de las comunidades autónomas con el ministerio y sensu contrario. Se ha trabajado de forma adecuada. Por lo tanto, recojo las felicitaciones y se las traslado a quienes en las comunidades y en el Ministerio de Sanidad han llevado a cabo el traspaso de las transferencias. Es el momento de traer la ley porque esta tiene que estar en funcionamiento cuando se cumpla realmente lo que significa la asunción total de competencias por las comunidades autónomas, toda vez que no se hizo cuando se transfirió la primera competencia, ni la segunda, ni la tercera, ni la cuarta, etcétera.

En primer lugar, me gustaría tranquilizar al respecto de algunas intervenciones que se han producido aquí sobre esa futura ley. Es cierto que habrán circulado borradores — y los que circularán —, pero yo llevo en este Parlamento desde el año 1986 y he participado como ponente de mi grupo en esos debates y no se pueden imaginar la cantidad de borradores que han circulado; nunca me los dio ni el Ministerio de Sanidad ni el de Trabajo ni el de Asuntos Sociales —fui portavoz de las tres materias—. Jamás, ni la ministra o el ministro,

ni el Grupo Parlamentario Socialista, que sostenía al Gobierno en aquel momento, me pasó un borrador. Tampoco se lo exigí o se lo pedí, porque me pareció razonable. ¿Quién era yo para pedirle al Gobierno o al grupo un borrador o un papel, si el papel del Parlamento es actuar, como lo están haciendo ustedes, con anteproyectos de ley aprobados por el Gobierno y presentados aquí en la Cámara? Creo que en esta Comisión se ha trabajado de forma ejemplar para otras a la hora de coordinar y de consensuar por parte de todos los grupos políticos y lo digo con absoluto agradecimiento a todos los grupos políticos. A veces, incluso ha habido críticas hacia esta ministra por la búsqueda permanente del consenso, pero yo creo en él y, además, considero que, en un tema tan esencial como la sanidad, es bueno y necesario que haya consenso y desde luego pienso seguir trabajando en esa línea.

La ley garantiza las competencias exclusivas del Estado, pero no al margen de las comunidades autónomas. La competencia del Estado para la coordinación de las bases de la sanidad se hace siempre en colaboración, consenso y negociación con las comunidades autónomas a través del Consejo interterritorial. La cooperación, no la coordinación, que es voluntaria — como decía la señora Uría —, lógicamente tiene el componente esencial de la voluntariedad y lo que pretendemos es fomentar los acuerdos entre comunidades autónomas, porque qué duda cabe, señora Castro — y comparto con usted la preocupación — que se puede producir una dualidad, es decir, comunidades ricas versus comunidades pobres o con menos recursos económicos. Esa es una preocupación constante para esta ministra y por supuesto pone en marcha mecanismos para que esto no se pueda producir nunca. Yo creo que en la negociación y el debate del nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas — que supone una asunción de responsabilidades por parte de las comunidades de una forma muy importante, puesto que la financiación es diferente, incluso la de la propia sanidad, a lo que era el modelo hasta el año 2001—, lógicamente, nos cuidamos mucho de que apareciera claramente reflejado que la asistencia sanitaria es de la Seguridad Social y que forma parte del componente de prestaciones sociales de nuestro estado de bienestar, por tanto de la Seguridad Social, por tanto con una protección mayor para garantizar que no se pudiera producir ese debate. Además, debo decir que esta fue una petición muy importante por parte de todos los consejeros, salvo, lógicamente, los que tienen un modelo de financiación distinto al del resto de las comunidades autónomas como son el País Vasco y Navarra. Es cierto que era necesario esa protección y se ha producido para evitar esa dualidad. A partir de ahora, todos tenemos que cambiar el chip, porque la financiación de las prestaciones, bien las que hay, las del catálogo o bien las nuevas, tendrá que acordarse con una negociación en el seno del Consejo interterritorial con las comunidades

autónomas. No se trata de imponérsela a las comunidades autónomas, sino de cumplir nuestra obligación, que es garantizar la equidad a las mismas y para todos los españoles, vivan donde vivan. De forma que esa es nuestra competencia y la Constitución así nos lo atribuye. No se trata de arrancar competencias de las comunidades autónomas porque en el Ministerio de Sanidad entendamos que ya no tenemos nada que hacer; yo creo que tenemos mucho que hacer, pero si no tuviéramos nada que hacer, no habría ningún drama si desapareciera el Ministerio de Sanidad. Hasta el propio consejero Rius — al que sigo con muchísima atención — reconoce en una última conferencia la necesidad de la existencia de este ministerio, que va mucho más allá de lo que significa el Sistema Nacional de Salud y queda recogido de forma clara qué es y cuáles son sus obligaciones dentro de la Ley General de Sanidad, que todos respetamos y asumimos en su redacción actual. Por lo tanto, es una garantía de tranquilidad para las comunidades autónomas. Yo no soy responsable de que algún medio de comunicación haya sido avisado y se haya hecho con uno de los muchos borradores que han circulado — y que están circulando en este momento — y que se han efectuado en el ministerio por los responsables de llevar a cabo la elaboración de esta ley. Sí quiero decir que pretendemos cumplir nuestro compromiso de que ese proyecto de ley esté en marzo en el Parlamento.

No me extrañaría ni me escandalizaría, señora Riera, porque apareciera una proposición de ley de un partido de la oposición. Yo he estado muchos años en la oposición y he presentado muchas. A mí me parece normal que un partido elabore una proposición de ley del contenido y del área que considere oportuno y la traiga al Parlamento. Yo no me escandalizo por esas cosas ni me preocupan; al revés, si eso fuera así, no le hubiera dado la oportunidad a la portavoz del PSOE de que se luciera. A ese nivel de tontería no llego. Por lo tanto, ese no es el tema ni el planteamiento de la ministra de Sanidad, porque el Partido Socialista sabe hace mucho tiempo cuáles son las bases de la ley coordinación y cooperación. Además, al final, todos vamos a llegar a un consenso, porque es tan clara la Constitución, la sentencia del Tribunal Constitucional y los estatutos que es fácil llegar a consensos. Yo me alegro mucho de poder contar con opinión del Partido Socialista al respecto, porque yo lo hice cuando estaba en la oposición muchas veces, y debo confesar que es mucho más fácil hacer una ley desde la oposición que desde el Gobierno, porque ni los filtros son los mismos ni la estructura que debe garantizar el Gobierno es la misma. Eso pasaba cuando estaba en el Gobierno el Partido Socialista y eso pasa ahora cuando estamos nosotros, pero así es el juego exacto, claro y fantástico de la democracia. Por tanto, a mí me gustaría, señora Riera, que no se preocupara por esto, porque no hay ningún problema. Me parece muy positivo que el Partido Socialista haga sus deberes, que para eso los ciudadanos le pagan y le han

puesto en la oposición, para que lo haga. Tampoco soy crítica en las opiniones que se viertan sobre mi trabajo, si es lento, si es rápido, si soy o no soy. Esto forma parte de algo que yo he ejercido durante muchos años y, por tanto, asumo, y me encanta, que en este país se pueda expresar ese tipo de opinión y de criterio sobre los ministros del Gobierno. Así pues, nada que decir sobre esta cuestión.

Alguno de los portavoces empezando por la señora Castro, peticionaria de esta comparecencia, ha preguntado qué es la agencia. La agencia ni sustituye al ministerio ni pretende arrancar ni arrastrar competencias a las comunidades autónomas, todo lo contrario; pretende ser un instrumento al servicio de las comunidades autónomas, porque lo que me parecería profundamente negativo es que la experiencia en el ejercicio de la gestión sanitaria, los éxitos y los fracasos de comunidades autónomas como la valenciana, la catalana, la vasca, la andaluza, la canaria o la gallega, que tienen experiencia acumulada — algunas más, como la catalana, desde el año 1981 — se quedaran encerrados en su comunidad y nos los compartieran con el resto. Yo creo que ahí debe haber un principio de solidaridad fundamental y la agencia pretende poner a disposición de todas las comunidades autónomas una serie de datos, estudios y cuestiones que les hagan tener una visión global del Sistema Nacional de Salud. No sé si ustedes han sido conscientes, pero ha habido una permanente atención sobre cuáles eran los parámetros de gestión del Insalud. En esta Comisión, los portavoces han hecho interpelaciones fuertes y potentes sobre la gestión del Insalud, pero sólo estábamos hablando de cuestiones que afectaban a 10 comunidades autónomas, al 41 por ciento de la población española; del resto no se ha hablado aquí en el Parlamento, porque tenían transferida la asistencia sanitaria. Ahora nos tenemos que ocupar de todos, en el Congreso o en el Senado. El Senado ha aprobado una propuesta del Grupo Parlamentario Popular por la cual el ministro o ministra de Sanidad tiene que comparecer cada seis meses para hablar de los parámetros de salud de toda España. ¿Eso quiere decir que no se deba hablar en el Parlamento? Yo creo que todo lo contrario, que es muy positivo que en el Parlamento hablemos de estas cosas, pero tendremos que hablar del Sistema Nacional de Salud, no del Insalud, y ese cambio de chip tendrá que ser un proceso que llevemos a cabo en esta casa. ¿Cómo se medían algunas comunidades autónomas? Se medían según las listas de espera en el Insalud o según los parámetros de estancias medias en el mismo. Ahora, entre todos tenemos que elaborar esas reglas, iguales para todos, a partir de las cuales podremos considerar que es apropiado o no. Esto ya lo iniciamos en el Consejo interterritorial con las listas de espera con la reunión de técnicos. En este momento el ministerio está desarrollando el decreto-ley que, a instancias del Consejo interterritorial, se nos pidió que se llevara a cabo sobre los estándares de

listas de espera en los diez procesos más habituales en el Sistema Nacional de Salud. Esta va a ser la agencia. Pero, lógicamente, será el Consejo interterritorial el que tenga que tomar las decisiones que tenga que tomar. Se trata de despejar las dudas sobre esa futura agencia. Señora Riera, en la última conferencia del consejero Rius se pide claramente la creación de la agencia de evaluación, como también lo ha hecho algún otro consejero; por ejemplo, el andaluz. Son entes instrumentales, no son agencias que sustituyan a nada. Tendrán un consejo de administración de las comunidades autónomas, tendrán su participación real, con su voto, con su decisiones y se trabajará para las comunidades autónomas, pero es necesario que aquellas comunidades autónomas que tienen menos capacidad económica también se puedan favorecer de la solidaridad. Y debo decir que la financiación del Sistema Nacional de Salud sale de impuestos de los españoles, no de una comunidad autónoma determinada, y por tanto tiene como principio la solidaridad del sistema fiscal que nos hemos dado los españoles a nosotros mismos.

Como va a haber lugar para hablar de cuestiones más concretas de esta ley, sólo diré, primero, que esta ley ha llegado al trámite final en lo que significa la elaboración del texto por parte de nuestro ministerio. En este momento estamos empezando a hablar con los consejeros —con algunos de ellos ya hemos hablado más de una vez— de las líneas generales; a partir de ahora lo haremos con un texto. Y el debate se producirá en el Parlamento en el momento en que el Consejo de Ministros apruebe el anteproyecto de ley que, a lo largo de su debate en las dos Cámaras, se convertirá en ley.

No creo que vayamos a producir ninguna imposición por parte del Estado, señora Uría. Y sí he hablado de la tarjeta sanitaria. Es necesaria una tarjeta sanitaria. En la Unión Europea ya estamos hablando de cómo armonizar los sistemas sanitarios; es necesario que exista una tarjeta sanitaria que evite muchos problemas a muchas comunidades autónomas. Muchas de ellas me lo han hecho saber. Por ejemplo, ciudadanos que tienen tarjetas en dos o tres comunidades autónomas. La tarjeta es necesaria, con el respeto absoluto a la protección de datos, para que los ciudadanos, cuando se desplacen por el territorio nacional, tengan la garantía de que, se les atiende donde se les atiende, se conocen por ejemplo cuáles son sus alergias, sus enfermedades o las operaciones a las que han sido sometidos a lo largo de su vida. Es necesaria la tarjeta y esto no afecta a la protección de datos que la propia Constitución y las leyes establecen.

El estatuto marco, que también forma parte de ese futuro del Sistema Nacional de Salud, se podía haber hecho hace mucho tiempo, pero se hace ahora. ¿Cómo se hace? Lógicamente es básico porque ya se ha producido el traspaso de competencias, en la asistencia sanitaria, al conjunto de las comunidades autónomas. ¿Qué pretendemos? ¿Café con leche para todos? No; no pre-

tendemos que todo el mundo tenga la misma forma de gestionar su personal, pero sí garantizar unos principios esenciales a todo el personal del Sistema Nacional de Salud. Efectivamente, existen muchos borradores, el último del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud del año 1998. El borrador que en este momento está circulando lo tienen las comunidades autónomas a través de la Comisión de personal, en la que se está debatiendo en este momento con los sindicatos.

¿Por qué no convoco la mesa nacional sectorial? Porque no existe. Lo que existe es una mesa sectorial del Insalud que ha desaparecido y yo no voy a hacer un decreto ley sobre la constitución de una mesa nacional cuando estamos debatiendo la ley donde tiene que estar ubicada. Se han producido reuniones bilaterales con sindicatos y se producirán con todos juntos, pero para eso no necesito ningún tipo de estructura, que todavía no existe. Existirá, si es que tiene que existir, a lo largo de las negociaciones que estamos realizando con los sindicatos, con las comunidades autónomas, en ese estatuto marco, pero eso va a depender de todos. Ahora bien, hablar con todos los sindicatos ya lo hemos hecho, lo seguiremos haciendo, tendremos muy en cuenta lo que opinen, pero también tendremos en cuenta lo que opinen las comunidades autónomas y otras sociedades que tienen que hablar de esta cuestión.

La señora Julios, la señora Castro, el señor Martí, casi todos me han preguntado qué va a pasar con la directiva sobre jornadas. Había dos posibilidades: una ley sola, una transposición sola, o que estuviera dentro del estatuto marco. Nosotros hemos considerado que era mucho más positivo que estuviera dentro del estatuto marco y está contemplada. En este momento se está analizando con los sindicatos la definición de tiempo de trabajo, el cómputo, duración máxima, trabajo nocturno, trabajo a turnos, régimen de descanso, vacaciones, fiestas, permisos, de forma que queden de acuerdo con las necesidades reales, y a veces diferentes, como ha planteado el señor Martí que es el caso de su comunidad, que tiene una estructura de gestión muy peculiar. Me gustaría tranquilizarle, señor Martí, porque el estatuto marco contempla las tres realidades: laboral, estatutario y funcional. Pretendemos dar solución básica a todas las estructuras y a todos los funcionamientos que en este momento se están produciendo en el Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, también

tranquilizo a la señora Uría sobre cuál era esta relación en ese estatuto marco. Estoy convencida de que vamos a tener la oportunidad de seguir debatiendo sobre esta cuestión.

Señora Castro, hay algunas comunidades autónomas a las que el término carrera profesional no les gusta mucho. No sé si llamándose de otra forma o cómo, está claro que tenemos que garantizar la movilidad interna, la superación y la satisfacción del personal y la adecuación de los salarios a la capacitación en el ejercicio de la función. ¿Se llama carrera profesional? No lo sé. Los consejeros de algunas comunidades autónomas me han dicho que esa palabra no les gusta. Buscaremos otra que nos guste a todos, porque esto no se puede convertir en un juego de palabras, sino de contenido real. Hay que garantizar esta coordinación, esta cooperación y hay que garantizar a los ciudadanos españoles esa equidad y a su vez hay que garantizar unos condicionantes mínimos de movilidad, etcétera, dentro del estatuto marco.

Señora Valentín, no es que no quiera responderle a esas preguntas; tengo mis propios criterios, pero usted entenderá que en un momento en que estamos negociando con los sindicatos, con las comunidades autónomas a través de la Comisión de personal, la opinión de la señora ministra importa menos. Importará mucho más cuando entre ese aquí ese estatuto, que defenderé como el estatuto del ministerio, del Gobierno. Espero las aportaciones que los grupos parlamentarios puedan hacer. **(La señora Rumí Ibáñez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora ministra. No, señora Rumí.

La señora **RUMÍ IBÁÑEZ**: Por alusiones del señor Mingo.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Rumí, este presidente no ha interpretado que haya ningún motivo para reanudar el debate.

Antes de levantar la sesión, les recuerdo que hay reunión de Mesa y portavoces, a la que les convoco ya.

Se levanta la sesión.

Era la una y veinte 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**

