

En segundo lugar, otros aspectos novedosos y relevantes son que esta proposición de ley encomienda, una vez aprobada con carácter general, a la Comisión Mixta las funciones que el Tratado de Lisboa atribuye a los distintos parlamentos en relación a la evaluación y al examen de las actividades de Eurojust y también la supervisión de la actividad de Europol, si bien deja abierta la posibilidad para que intervengan otras comisiones ad hoc en esta Cámara o también en el Senado.

Finalmente, quisiera destacar que cuando la Comisión Mixta así lo considere oportuno podrá solicitar al Gobierno la interposición del correspondiente recurso de anulación ante el Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea por infracción del principio de subsidiariedad, requerir información sobre cualquier solicitud de adhesión a la Unión Europea por parte de cualquier Estado y también participar de forma activa en los procesos de revisión simplificada de los tratados.

Mención aparte merece —y con ello quisiera acabar mi intervención— un apartado de esta proposición de ley, que llevó a nuestro grupo, tanto a Esquerra Republicana como a Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, a expresar serias dudas en cuanto a su contenido. Me refiero a lo concerniente a la intervención de los distintos parlamentos o asambleas legislativas de las comunidades autónomas, que se articula finalmente con carácter general en esta proposición de ley a través de la remisión a estas instancias legislativas autonómicas de todas las iniciativas legislativas de la Unión Europea, con la consiguiente posibilidad de que puedan emitir dictamen, que deberá ser tenido en cuenta por parte de la Comisión Mixta Congreso-Senado. Esta proposición de ley en origen fue impulsada y elaborada sin tener en cuenta la complejidad legislativa y también competencial de un Estado compuesto, del Estado autonómico, pues, si bien es cierto que se reconoce la obligación de informar con carácter general a los parlamentos autonómicos y de que estos efectúen el correspondiente dictamen, también es verdad —y creo que todavía no se consigue al cien por cien con la redacción final de este texto— que no se garantiza el carácter vinculante de los dictámenes que emitan esos parlamentos autonómicos. Además, en caso de que se diera traslado a las instancias europeas de estos dictámenes emitidos por las asambleas o parlamentos autonómicos, tampoco se garantiza que se haga en los términos expresados por la comunidad autónoma. En conclusión, estos dictámenes o bien no van a trasladarse o bien, si se hace, será a través de un dictamen propio emitido por las Cortes Generales que pueden llegar a desatender los argumentos del dictamen emitido por la asamblea o parlamento autonómico. Este era el motivo de discordancia, de desacuerdo de nuestro grupo, que se mantiene hasta el día de hoy, pero que no es óbice, no es ningún obstáculo para que nuestro grupo se adhiera a esta iniciativa, incluso la hubiera suscrito, y la va a votar favorablemente. Reconocemos que ha habido algunas mejoras significativas en cuanto al texto primitivo, pero hubiéramos deseado la incorporación de otras fórmulas

de control mucho más real y efectivo del principio de subsidiariedad por parte de las autonomías, que en muchos casos, como es sabido, teniendo en cuenta las competencias legislativas, sobre todo en el ámbito de la competencia exclusiva, son las que deben no solo aplicar, sino también ejecutar las directrices de la Unión Europea, especialmente cuando afecta a sus competencias, lo cual, en caso contrario, genera una cierta incertidumbre e inseguridad jurídica. Esperamos y deseamos que ello no se dé. Por tanto, nuestro grupo va a votar a favor de esta iniciativa, se adhiere y —repito— incluso la hubiera suscrito de haberlo podido hacer.

Muchas gracias, señora presidenta, señorías.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Cunillera i Mestres): Muchas gracias, señor Ridao.

— **DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS, DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 15/1997, DE 25 DE ABRIL, SOBRE HABILITACIÓN DE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (Número de expediente 122/000093.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Cunillera i Mestres): Pasamos al debate sobre la toma en consideración de la proposición de ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, de modificación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Para la defensa de su proposición de ley tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Señora presidenta, señorías, presento en nombre de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya una proposición de ley para revisar y, en su caso, modificar la denominada Ley 15/1997, de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Hablando en plata, lo que pretendemos es parar los pies a la privatización de nuestro Sistema Nacional de Salud, en el cual criterios básicos que contempla el artículo 45 de la Constitución dentro del derecho a la protección de la salud, como son la universalidad, la accesibilidad y la gratuidad del sistema sanitario, se encuentran en estos momentos en peligro, en particular en comunidades autónomas como la Comunidad de Madrid o la Comunidad Valenciana. Por eso esta iniciativa pretende modificar la Ley 15/1997, que es en sí misma un monumento a la inseguridad jurídica; primero, elaborada como decreto; luego, como ley y finalmente, contestada y recurrida en cada uno de los momentos en que se han producido iniciativas al calor de esta ley e incluso más allá de esta ley.

Mi grupo parlamentario no pretende abrir hoy aquí un debate —aunque estamos dispuestos a ello— sobre

formas de gestión empresarial o pública, que son legítimas y que en todo caso serán motivo de debate en el ámbito de las comunidades autónomas. Cuando hemos tenido oportunidad de gobernar en comunidades autónomas hemos defendido la forma de gestión pública; hemos vinculado, por ejemplo, las fundaciones al sistema regional de salud —como en el caso de Asturias—, o hemos promovido la defensa del sistema público frente a estos modelos de gestión privada. Pero no se trata en estos momentos de hablar de formas de gestión, estamos hablando de privatización material del sistema de salud, bien a través de las denominadas iniciativas de financiación privada, que privatizan un determinado hospital después de ofrecer a la iniciativa privada la inversión, bien a través de iniciativas de privatización, como es la concesión de toda un área de salud a una determinada empresa de seguros que se encarga de gestionarla. En nuestra opinión estas dos iniciativas van más allá de un legítimo debate en relación a los modelos de gestión y se introducen directamente en la privatización del sistema sanitario. Además, llama la atención, señorías, que esta privatización se produzca precisamente en un sistema de salud que es reconocido a nivel internacional como un sistema de calidad que garantiza las prestaciones por encima de la media al conjunto de los ciudadanos y que además tiene un aceptable nivel de accesibilidad. Pues en este sistema de salud, y no en otro, es donde se están realizando estas iniciativas de privatización. Quiero llamarles la atención, porque cuando nosotros vamos, otros vienen; y quiero llamarles la atención en relación a las modestas modificaciones que están teniendo lugar en Estados Unidos, donde recientemente el presidente Obama ha propuesto cosas como las siguientes. En primer lugar, un nuevo impuesto a las familias y a las personas que ganan por encima de 500.000 o de un millón de euros destinado específicamente a mejorar la atención pública en materia sanitaria. Se trata de un país donde además se ha ampliado la cobertura del Medicaid, es decir, se ha producido una ampliación muy importante para que exista una mayor cobertura pública. Por otra parte, es un país donde se introduce también un nuevo seguro público para que compita a la baja con los seguros privados y garantice la prestación casi universal del sistema de salud. Pues, señorías, cuando Estados Unidos va hacia un sistema cada vez más universal y con una mayor presencia del sistema público, en nuestro país —con un sistema de calidad, pero con deficiencias— nos permitimos su privatización. Señorías, por eso esta iniciativa. En absoluto queremos restar ningún tipo de competencia a las comunidades autónomas en cuanto a los modelos de gestión, pero sí contestamos la competencia de las comunidades autónomas en cuanto a la privatización del conjunto del sistema sanitario. Y es que nuestra Constitución en su artículo 45 y la posterior Ley Básica de Sanidad dicen algo muy claro: no solamente existe un sistema público por su financiación pública. Según el profesor Menéndez Rexach, existe un sistema público por su financiación pública y por su provisión

mayoritariamente pública. Pues bien, en algunas comunidades autónomas se está proponiendo la privatización del conjunto de la red o de una parte muy importante de la misma, negando el carácter público de la provisión y por tanto el servicio público en materia sanitaria, e introduciendo la competencia mercantil en ese servicio público de salud, degradando el funcionamiento del servicio público, sus objetivos de calidad de la asistencia y también la propia eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Daré algunos datos en relación con estos sistemas de gestión y sus resultados en Inglaterra y en nuestro propio país. Señorías, respecto a la inversión en nuevos hospitales por parte de la iniciativa privada, los estudios son evidentes. Lo que han costado esos hospitales —hablando de eficacia en materia económica— ha sido entre 3 y 4 veces el costo que significaba la inversión pública directa, es decir, desde el punto de vista de la eficacia económica, una eficacia ruinosa. En segundo lugar, estos costos fijos hospitalarios han supuesto rebajas importantes tanto de la inversión anual por parte del sistema de salud como del gasto corriente y de la innovación en el sistema de salud. Los ingleses consideran entre el 20 y el 30 por ciento de rebaja de gastos operativos del sistema como consecuencia de estas llamadas inversiones privadas en nuevos hospitales. Pero no queda ahí la cosa, señorías, no se reduce únicamente a materia de gestión económica, sino que la gestión operativa tiene que ver también con los resultados sanitarios. En estos nuevos modelos los recursos disminuyen. El recurso cama, por ejemplo, se ha disminuido a la mitad en cada una de las regiones y distritos donde se ha puesto en marcha este sistema; la mitad del recurso cama. Después, para mantener un cierto nivel de beneficios, se ha producido una selección negativa de los pacientes. En los Estados Unidos el presidente Obama criticaba que se seleccionaba a los pacientes y se les negaba un seguro cuando tenían determinadas patologías. Pues bien, en estos sistemas de atención privada, en estas privatizaciones de nuestro sistema sanitario, se selecciona y se acoge a los pacientes menos complejos y se deriva a los pacientes más complejos al resto del sistema sanitario. Es decir, se produce un rasgo de inequidad en el sistema sanitario, y en algunos casos de inequidad grave cuando las áreas de salud son áreas muy voluminosas o cuando los niveles terciarios del sistema —los hospitales del tercer nivel— quedan muy distanciados del conjunto de los hospitales comarcales. Esa es la realidad, un deterioro económico del sistema y un deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria con estos modelos de privatización.

Pero, señorías, como he dicho antes, no son solamente razones constitucionales, razones de eficacia o razones sanitarias; son razones de fondo en relación con los retos que tiene nuestro sistema de salud. Pero al margen de los retos de los sistemas de salud en el ámbito internacional cabe preguntarse —he hecho una comparación con el sistema de salud liberal por antonomasia, el norteamericano— si estos modelos ayudan en algo a la

mejora de nuestro sistema de salud; es decir, si los grandes retos de nuestro sistema de salud pasan hoy por la privatización del sistema de salud, por la conversión de un interés general en un interés o en un negocio particular. Nosotros creemos que no, que nuestro sistema de salud es un sistema universal que ha dado una cobertura digna al conjunto de los ciudadanos, que significa también un compromiso importante desde el punto de vista de la cohesión social en materia de redistribución e igualdad en nuestro país y que las reformas que tengan que tener lugar en el mismo deben mantener el espíritu y la letra del Sistema Nacional de Salud. Es decir, que sean coherentes con la Constitución y con la Ley Básica de Sanidad, que tengan por objetivo mejorar la universalidad, la cobertura, la accesibilidad del Sistema Nacional de Salud, y no ir en sentido contrario.

Señorías, tenemos por delante —lo hemos aprobado hace pocos días— el reconocimiento del derecho universal y de la gratuidad del conjunto del sistema sanitario; lo reconocemos en las leyes, pero en la práctica todavía no. Tenemos por tanto pendiente una asignatura en materia de universalidad, pero también tenemos pendientes asignaturas respecto a la accesibilidad del sistema. Cada vez es más evidente que, si bien hay un acceso a las prestaciones sanitarias, la falta de acceso a las políticas de salud y también a otras políticas sociales hace que en nuestro país haya diferencias importantes tanto en la esperanza de vida como en la calidad de vida entre los ciudadanos. Hoy se puede decir que entre determinados barrios de Madrid o entre determinados barrios de este país hay diferencias de esperanza de vida que están en torno a los siete y ocho años, y entre sectores sociales hay diferencias incluso mucho mayores, diferencias que incluso duplican esta cantidad y que llegan hasta los quince años. Por tanto, tenemos también un reto en materia de accesibilidad, como también lo tenemos en materia de financiación sanitaria. Seguimos siendo un país que utiliza muy eficientemente los recursos, pero en materia de financiación sanitaria los recursos son todavía escasos y una parte importante de esa financiación es ineficiente: se dirige hacia un gasto farmacéutico excesivo por escaso desarrollo de la atención primaria y también a innovaciones tecnológicas cuya calidad no ha sido demostrada, sobre todo desde el punto de vista de las políticas de salud. Por tanto, hay muchas materias sobre las que discutir y muchas materias en las que acordar, por lo que creemos que no son un buen mensaje estas medidas de privatización unilateral del sistema.

Señorías, y termino, uno de los valores fundamentales que tiene nuestro sistema de salud son sus profesionales. Son valores muy importantes la formación de los profesionales y también la cultura profesional, la cultura de los trabajadores del sistema sanitario. Señorías, la privatización en marcha de las facultades de Medicina de manera silenciosa y sin ninguna garantía de calidad es algo que está ocurriendo en nuestro país de manera acelerada. Por otra parte, estos experimentos de privatiza-

ción con champán se pueden hacer con gaseosa y no se deben hacer con un buen sistema sanitario público y que están provocando un desasosiego en los profesionales del sistema sanitario público y están rompiendo la cultura de servicio público de nuestro sistema sanitario. Es un hecho lo suficientemente grave para que les paremos los pies en esta Cámara, para que reconsideremos esta ley y para que, a partir del reconocimiento de que esta ley es un monumento a la inseguridad jurídica y también ha servido de puerta para la privatización del sistema, recuperemos los mejores valores de nuestro sistema sanitario público, que están en la Constitución, que están en la Ley de Sanidad y que están sobre todo en los valores de cohesión de la ciudadanía española.

Muchas gracias. **(Aplausos.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Cunillera i Mestres): Muchas gracias, señor Llamazares.

Ningún grupo ha expresado su intención de utilizar el turno en contra y por tanto pasamos al de fijación de posiciones. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Mixto, la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Gracias, señora presidenta.

Señorías, como no podía ser de otra manera, el Bloque Nacionalista Galego anuncia el voto favorable a la proposición de ley que acaba de defender el señor Llamazares. Y no puede ser de otra manera porque en su momento, en el año 1996, cuando fue aprobado el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, el Bloque Nacionalista Galego ya tenía muy claro que este real decreto iba a incidir muy negativamente en la gestión de la sanidad y concretamente en el desarrollo del modelo sanitario público. En su momento lo manifestamos y también en cada ocasión que en Galicia —que era donde afectaban directamente estos nuevos modelos de gestión— se iban implementando estos modelos nuestra organización política manifestó su posición contraria. Años después —trece, catorce años después—, la valoración que podemos hacer es que teníamos razón cuando nos oponíamos a estos nuevos modelos de gestión en la medida en que no sirvieron para mejorar la calidad asistencial y en todo caso sirvieron para crear desigualdad y no mejorar en aquellas cuestiones que el sistema público de salud necesita mejorar. Coincide también el BNG en que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios públicos, pero eso no quiere decir que no tenga muchísimas cosas que mejorar, y con estas nuevas formas de gestión que hoy se pretenden desde luego no se va a conseguir que mejoren.

Es verdad que la ley que hoy pretende modificar esta propuesta que acaba de defender Izquierda Unida, que es la Ley 15/97, venía a dar rango de ley al real decreto del que acabo de hablar, siendo la única diferencia que hacía en relación con el mismo la limitación de estas formas de gestión, es decir que tenían que ser de titularidad pública. No discuto que esto significara una mejora