

## XVIII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO

### PALABRAS DE MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO, PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



Muchas gracias, buenos días. Querida viceconsejera, miembros de la mesa, compañeros de la mesa, autoridades, amigos. Y de forma muy especial al presidente de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, con el que llevo mucho tiempo compartiendo con él. Yo quería expresar gratitud y preocupación al mismo tiempo. Gratitud en la persona de don Ricardo de Lorenzo por haber generado un foro importantísimo e imprescindible en torno al derecho sanitario y cumplir hoy su mayoría de edad, 18 años. Donde ha generado un auténtico cuerpo de doctrina en el ámbito de la relación entre los profesionales, los pacientes y el sistema sanitario español.

Que no se ha limitado a este foro, dándonos la oportunidad efectivamente, aunque coparticipamos prácticamente casi desde el primer momento. Pero digamos que la participación más importante ha sido a partir del segundo, tercer año, como recordábamos hace unos momentos. Por lo tanto, el hecho de poder tener voz, no solamente en el Comité científico y además con un marcado ámbito interdisciplinar. Donde participamos profesionales de la salud y profesionales del derecho en sus distintos ámbitos de la magistratura y de los abogados. Para analizar cuáles son los temas que realmente son importantes. Que se debatan posteriormente y que se publiquen a continuación. Ha dado un segundo paso —en mi opinión— muy importante. Y lo acaba de decir, y también en eso quiero agradecer la oportunidad de participar como profesor en el master de derecho sanitario.

**Creo que le falta un tercer paso que ya le he recomendado alguna vez. Y que aprovecho la oportunidad de que hay autoridades aquí académicas de la Universidad San Pablo CEU. Porque creo que este master de excelencia debería de dejar de ser título propio y pasar —claro se ríen las autoridades de la Universidad cuando les miro—, a ser un master de segundo ciclo de Bolonia.**

Pero por una razón elemental, porque creo que tiene ya tal cuerpo de conocimientos la asociación del master que debería aprovecharse el hacerse a través de un segundo ciclo. Para que se hagan tesis doctorales en un tercer ciclo en derecho sanitario y que podría dar lugar a través de la investigación a mejorar, a contribuir al enriquecimiento del derecho sanitario. Por lo tanto, muchas gracias. Era la primera parte, gratitud Ricardo, porque ha sido el artífice de todo este proceso durante muchos años. En el cual hemos acompañado con mucho gusto. En segundo lugar decía, preocupación. Y preocupación me atrevería a decir que gran preocupación. Gran preocupación porque estoy convencido que después del 20 de noviembre nada va a ser igual en el Sistema Nacional de Salud. Se está hablando del 25 aniversario de la Ley General de Sanidad. Creo que se está omitiendo la gran otra ley que configura lo que es nuestro Sistema Nacional de Salud, la Ley de Cohesión y Calidad. Creo son las dos grandes leyes, una la que inicia el proceso estableciendo un modelo y estableciendo unos principios. Y una segunda que cierra ese proceso, ese modelo, y donde fortalecen los principios. Principios de accesibilidad, de equidad, de calidad, de gratuidad, de participación. Son principios que en estos momentos tenemos preocupación de que se puedan seguir manteniendo. Cartera de servicios, primer pilar del estado de bienestar, sin ninguna duda. País que gasta en el Sistema Nacional de Salud, está en el puesto 26 de la OCDE en producto interior bruto y sexto del mundo en cuanto a eficiencia del sistema. Creo que esto son palabras muy serias que hay que analizar bien. Estado u opinión de satisfacción de los usuarios del sistema, altísima respecto del Sistema Nacional de Salud y de sus profesionales.

Y dos de los tres pilares de nuestro Sistema Nacional de Salud están hoy aquí en esta mesa. Porque más del 70% del gasto se produce en recursos humanos y productos farmacéuticos. Y tendríamos que decir ahora mismo los profesionales, los representantes en la mesa, también los profesionales del medicamento y también hay otras partes del sector farmacéutico, cuál es el grado de seguridad que tenemos en estos momentos. Tendría que decir muy bajo. En estos momentos hay inseguridad: inseguridad jurídica, inseguridad profesional. Venimos diciendo desde hace mucho tiempo: hace falta unificar criterios. Tenemos un gran pilar, es un pilar que está enfermo. Es un pilar donde no hay una cartera de servicios única y consolidada. Donde los recursos humanos que son —en mi opinión— el pilar fundamental del sistema están en una situación absolutamente heterogénea. Muy poco próxima en lo que es el concepto de profesión, simplemente por una línea divisoria de una comunidad con otra comunidad.

¿El paciente tiene realmente protegidos sus derechos? Se acaba de hablar del consentimiento informado. Yo no estoy seguro de que eso aunque esté en la Ley de Autonomía del Paciente esté realmente consolidado. Pero sobre todo, ¿es sostenible el sistema sanitario que tenemos ahora?

Estamos en vísperas electorales y todo el mundo claro lógicamente dice que sí. Pero con 15.000 millones de deuda sanitaria, 7 u 8000 de deuda estructural, ¿se puede seguir manteniendo este sistema sanitario? Yo claramente digo que no, eso no es posible.

¿Se puede seguir pagando a los proveedores una media de 700 días?  
¿Se pueden mantener las empresas en este sentido?  
¿La investigación está garantizada?

Es decir, hay tantas interrogantes que nos tenemos que plantear muy seriamente qué va a pasar con el Sistema Nacional de Salud después del 20 de noviembre. Y lo que estamos seguros es que se tienen que tomar medidas. Pero ¿cuáles van a ser las medidas y en qué dirección?.

¿Las que se están tomando en Cataluña?  
¿Las que se van a tomar o se están tomando en Castilla-la-Mancha?  
¿Cuáles, y en virtud de qué?  
¿Cuáles son los principios que inspiran esas medidas?

Estamos viendo medidas, medidas parcheadas. Probablemente necesarias, pero ¿cuál es el camino hacia el que vamos?.

¿Hace falta seguir manteniendo todas las escuelas de Enfermería y todas las facultades de Medicina que hay ahora en el país?  
¿Se necesitan todos los médicos y enfermeros que hay ahora?  
¿Se van a poder seguir manteniendo?  
¿Se van a contratar, se van a despedir?  
¿Cuál es la seguridad jurídica?  
¿Bajo qué criterios estamos trabajando?

Estoy hablando en su conjunto del Sistema Nacional de Salud, no estoy hablando concretamente de ninguna comunidad.

¿Se va a revertir nuevamente en el Estado competencias sanitarias?  
¿Se van a tomar medidas homogéneas que sean absolutamente imprescindibles para garantizar la sostenibilidad y la devolución de lo que se debe? Todo esto hay que contestarlo. Ayer tuvimos conocimiento aunque ya lo teníamos desde hace varios meses, de que el presidente de la Organización Médica Colegial se ha dirigido a los partidos políticos, valientemente. Y les ha dicho lo que le venimos diciendo desde hace mucho tiempo con poco éxito. Hace falta un gran pacto de Estado. **La sanidad está por encima de la ideología.**

**Pero ese pacto de Estado no ha llegado nunca. ¿Y ahora vamos a entrar en ese paso de Estado? Yo me temo que no. ¿Por qué? Porque al día siguiente de que gane, quien gane que gobierne en este país se tienen que tomar medidas inmediatas.**



Por tanto, tenemos una profunda preocupación. Dice el Libro Verde del personal sanitario de la Unión Europea que la media de gasto en recursos humanos en la Unión Europea es del 70%. El 70% del presupuesto en salud de la Unión Europea dice el Libro Verde de la Comisión europea que se gasta en recursos humanos.

En España no se llega al 50%. Estamos muy por debajo de la media en recursos humanos. Sin embargo, en eficiencia, muy por encima.

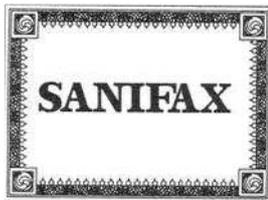
¿Están los profesionales contentos ahora mismo en el Sistema Nacional de Salud?  
¿Están preocupados?

**Es que éstas son preguntas que hoy son una realidad. Y si el profesional no tiene una seguridad jurídica, no tiene una tranquilidad en cuanto a su proceso, en cuanto a su desarrollo, en cuanto a su empleabilidad, evidentemente la inseguridad de la atención sanitaria tampoco la tenemos garantizada. En fin, la tenemos encima de la mesa y no tenemos garantizada esa tranquilidad para garantizar seguridad al paciente.**

**Por lo tanto, creo que debemos de abordar con rigor. Y creo, insisto, que si suponemos el 50% del gasto sanitario y el 30% en producto farmacéutico, tenemos la obligación de contribuir con el Sistema Nacional de Salud. Y el derecho a reclamar a los poderes públicos que hay que tomar medidas. Pero que esas medidas tienen que ser muy dialogadas, muy conocidas. Duras posiblemente por parte de todos.**

Miren, les voy a contar rápidamente una anécdota. Cuando el gobierno de la Nación tomó la decisión de rebajar el sueldo de los empleados públicos y congelar las pensiones, mi Consejo General hizo una encuesta en 48 horas a 3000 enfermeras de todo el país. El resultado fue que el 85% estaban muy disgustados porque se les rebajara el sueldo. A mí me extrañó que no fuese el 100%. Pero casi el 70%, el 67% dijo que lo daba por bien empleado si era para reinvertirlo en el sistema sanitario y para garantizar que no se perdía calidad del Sistema Nacional de Salud. Yo creo que es una respuesta generosa por parte de una profesión. Estar dispuesto a sacrificios en beneficio del paciente. Pero claro, esa respuesta tiene que ser de todos.

¿Se tiene que seguir duplicando y triplicando gastos como se está haciendo ahora mismo?  
¿Tienen que subsistir servicios de emergencia sanitarios en una comunidad autónoma y en un ayuntamiento? ¿Cuando se demuestra que por economía de escala es mucho más rentable que se unifiquen los servicios?. En fin, hay tantas... ¿se tienen que mantener 17 agencias de calidad o de acreditación? ¿Eso es necesario o tendría que haber una gran agencia de calidad y una gran agencia de acreditación de los profesionales donde todos participemos? Y con los mismos criterios estándares. Creo que debemos de reflexionar muy profundamente y debemos ser exigentes al mismo tiempo. Si estamos contribuyendo día a día a que sea posible este milagro del Sistema Nacional de Salud tenemos que ser exigentes con los poderes públicos para garantizar a los ciudadanos sus derechos. Creo que somos los grandes aliados de los ciudadanos y de los pacientes y por eso ejercitamos nuestro derecho. Muchas gracias Ricardo, por la oportunidad que me das por lo menos de decir en público, en un foro de tanta importancia, algo que creo que nos preocupa a todos. Muchas gracias.



## **XVIII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO**

### **PALABRAS DE CARMEN PEÑA, PTA DEL CONSEJO GENERAL FARMACÉUTICO, EN LA INAUGURACIÓN DEL CONGRESO**

(...) En cuanto a la Ley de Regulación de los Servicios de Oficina de Farmacia. Esta ley estatal específicamente en el campo de la farmacia del año 97. O la más reciente Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y de los Productos Sanitarios del año 2006.

Y luego, desarrollos normativos, ya se lo pueden imaginar y normativa autonómica muy importante también para el campo de la farmacia. Ya que como también saben, una de las cargas más importantes en materia de autonomías es toda la carga de transferencias sanitarias en materia de prestación farmacéutica.



Y todas estas normas las vemos, a pesar de todo, como una salvaguarda, como ha dicho Ricardo de Lorenzo. Una salvaguarda, una seguridad jurídica no para los profesionales en sí de la salud, que no dejan de ser un protocolo de deberes, fundamentalmente y también de recursos jurídicos. Pero fundamentalmente una salvaguarda en beneficio del paciente, de nuestra labor, de nuestra actividad en beneficio del paciente.

Una regulación que ha permitido, como todos saben no sólo como expertos en la campo de la salud, sino como ciudadanos, ha permitido tener un modelo asistencial, planificado, con unos profesionales independientes que anteponen su título, su profesión a cualquier otra consideración. Que aseguran en momentos como los actuales 43.000 puestos de farmacéuticos, entre titulares y adjuntos y 80.000 puestos directos estables y fundamentalmente femeninos.

Que evitan conflictos de intereses, que evitan integraciones verticales y que evitan en estos momentos tan importantes también deslocalizaciones. Que aseguran que el 99% de la población tenga una farmacia donde vive y que dos millones de ciudadanos entran todos los días por las farmacias españolas buscando ayuda, buscando consejo. Y accediendo de una forma con calidad y con accesibilidad y seguridad a su medicación.

22.000 farmacias, una gran red de las cuales y a modo simplemente de pincelada 2.000 de ellas están en poblaciones de menos de 1.000 habitantes; 1.000 de ellas están en poblaciones de menos de 500 habitantes. Las dos terceras partes de esa red no están en capital de provincias. Eso es parte de la sanidad y eso es parte de la regulación.

**Regulación que controla al profesional, sus funciones, sus deberes. Al establecimiento sanitario y que controla también importantemente a la tecnología sanitaria, a la herramienta farmacológica, al medicamento.**

**Regulación que controla un gasto público en medicamentos, el mal llamado gasto farmacéutico. Ya que no lo gastamos los farmacéuticos, es una obviedad y es una perogrullada, pero a veces la semántica juega malas pasadas.**

**Es el gasto público en medicamentos financiado en el Sistema Nacional de Salud. Financiados con fondos públicos.**

De tal forma que fijense que esa regulación, esa normativa ha permitido que en los últimos 10 años, en este siglo se han puesto en marcha más de 20 medidas regulatorias para controlar ese gasto en medicamentos público. Ese gasto financiado que hace que el control del gasto en estos medicamentos sea la partida absolutamente controlada dentro del gasto en salud.

De ese gasto sanitario en total que ahora nos preocupa a todos tanto. Un gasto sanitario en el que quitando toda la partida de recursos humanos, toda la partida de sueldos de los profesionales absolutamente legítima y muchas veces infravaloraba. Sin embargo hay un 30% todavía de una partida de ese gasto sanitario que es infraestructuras, inversiones. Que todavía consideramos los profesionales de la salud, por lo menos parte de ellos, que no está debidamente enfocada. Y que todavía no tiene las eficiencias que necesita el gasto sanitario total.

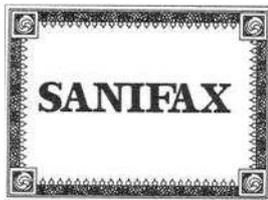
**Regulación que a pesar de todo no ha impedido que en esta gran crisis de la deuda que va llevando a tantos ciudadanos por delante a efectos de trabajo, ponga en peligro en algunas comunidades incluso la posibilidad del pago de esa medicación a sus pacientes. Que estamos convencidos que se tiene que resolver, lógicamente, por la importancia que tiene ese acceso seguro y controlado de la medicación a todos los ciudadanos.**

**Esa crisis que nos está haciendo reflexionar que de nuevo tenemos que propiciar nuevas regulaciones. Regulaciones que controlen los gastos de las administraciones sanitarias, las partidas presupuestarias. Haciendo que esas mismas tengan carácter finalista. Y que en ese concepto de carácter finalista de origen afín, podamos priorizar y asegurar las partidas fundamentales como es la partida de sanidad. Evitando gastos en fondos públicos que en otras épocas podían ser sostenibles pero que al día de hoy no lo son.**

Por lo tanto, quiero decir que ésta es la regulación que hoy nos trae. Ésa es la normativa que nos ampara como profesional de la salud. Que los profesionales lo que tenemos que hacer es estar al servicio de esa normativa. Porque lo que tiene que amparar es a los ciudadanos españoles. Por lo tanto agradezco de nuevo a asociaciones como la Asociación de Derechos Sanitarios, a personas como Ricardo de Lorenzo y todo su equipo que precisamente trabajen para que esa normativa, para que esa regulación sea equitativa, sea solidaria y sea también sostenible.

**Por eso decimos que el Sistema Nacional de Salud lo conforman todos los ciudadanos españoles, los profesionales de la salud. Pero también lo conforman los profesionales del derecho sanitario que están trabajando para que esas normas, para que esas regulaciones verdaderamente incidan en la salud, en este caso, de nuestros ciudadanos.**

Por lo tanto, Ricardo muchísimas gracias. Muy agradecida por este magnífico decimotercero Congreso, que nos contaba Ricardo que se ha puesto de largo porque ya ha cogido la madurez del ciudadano, que incluso puede votar. Aparte, es la niña bonita, por sus 18 años, quizá de la sanidad española. Muchas gracias.



## XVIII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO

### PALABRAS DE BELÉN PRADO, VICECONSEJERA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Muy buenos días a todos. Excelentísimas autoridades que me acompañan en la mesa. Ilustrísimas, excelentísimas autoridades civiles y militares presentes. Para mí es un honor el acompañarles en esta 18ª Sesión del Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Quisiera en primer lugar, en nombre del consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid felicitar al presidente del Congreso, don Ricardo de Lorenzo. Porque un año más ha demostrado que es capaz de superarse. No solamente por la excelencia de las personas que van a intervenir a lo largo del día de hoy, de mañana y del sábado. Sino también por traer a este foro las cuestiones de más alta actualidad. Por eso yo creo que quienes acuden esta mañana, quienes acudimos, nos damos cuenta de que aquí se va a hablar mucho de cuestiones muy importantes. Pero renovándose año tras

año en cómo afrontar esas situaciones. Y consigue además algo que parece imposible en este país. Y es que durante tres días aquí se sienten personas que representan a pacientes, representan a instituciones públicas, representan a profesionales, representan a las sociedades científicas, representan a las universidades. En definitiva, representan a todos los agentes sanitarios. Y lo hagan en un ámbito y en un clima de sosiego y serenidad en el que se debata desde la responsabilidad sobre las cuestiones que nos afectan a todos. Y que tienen un punto común que no es otro que la defensa de nuestra sanidad.

Yo creo que eso sí que, Ricardo, es un milagro. No sé si es que nos engulle vicepresidente este paraninfo y en esta magnífica sala donde tantas importantes lecciones magistrales y sesiones científicas se han desarrollado. Nuestro sistema de sanidad está en boca de todos. Hace muchos años y seguramente si revisamos por las comparecencias que ha habido no solamente en las sesiones de este Congreso, pues han hablado de muchas cuestiones y de que es aquello que preocupa a nuestro sistema sanitario. Pero hoy también está en la sociedad. Y yo creo que si siempre hemos tenido que ser responsables en cuanto a los mensajes que lanzamos a los ciudadanos, mucho más lo deberemos de ser ahora. Yo no creo que el problema único y fundamental de nuestro sistema sanitario sea un problema económico. Efectivamente, existe un problema muy grave y serio de sostenibilidad de nuestro sistema. Pero en épocas de bonanza hemos cometido errores de bulto.

Por ejemplo, nos hemos creído que había 17 sistemas regionales de salud. Cuando en nuestro país hay un único Sistema Nacional de Salud. Y lo que tenemos las comunidades autónomas es la competencia del desarrollo de la gestión de las políticas sanitarias. Y cometemos errores de bulto al creer que podríamos establecer 17 carteras de servicios sanitarios diferentes o 17 calendarios vacunales y que eso no iba a tener consecuencias. Cometemos errores de bulto cuando decimos que hacemos del paciente el centro de nuestro sistema sanitario. Pero no queremos desarrollar los derechos de ese paciente. Criticamos cuando se da libertad al paciente para elegir a su médico, su profesional de enfermería o su pediatra. Así lo hemos hecho en la Comunidad de Madrid.

**Se nos criticó duramente por ello. Se dijo que íbamos a crear un caos absoluto. Y ahí está el resultado. El balance que este fin de semana daba a conocer a los medios de comunicación, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid: un 7% de elección en atención especializada, un 4% en atención primaria. Y con absoluta normalidad.**

Y yo creo que para plena satisfacción también de los profesionales sanitarios que han visto como aquella persona que se va a sentar delante de ellos en su consulta está ahí porque quiere y no porque nadie obliga. Nos equivocamos también cuando decimos que el paciente es el centro del sistema sanitario y no le hacemos corresponsable de nuestro sistema. Tenemos que utilizar nuestro sistema de forma racional. Los ciudadanos también tienen que preocuparse de su salud, son corresponsables de su salud. Nos equivocamos cuando perdemos, en definitiva, la perspectiva de lo importante que es una regulación adecuada de nuestro sistema sanitario, de nuestro derecho sanitario. Tenemos una constitución magnífica que sentó las bases y que es fruto de la generosidad de los políticos de quienes en aquel momento tenían que tomar decisiones. Y es que yo sí que creo en la clase política pese a la que está cayendo. Y creo que sí que es posible hacer lo que hicieron quienes tuvieron responsabilidades en los años 78, en la época de la democracia.

**Lo que nos ha pasado es que hemos olvidado ese espíritu. Hemos querido que el cortoplacismo sea lo más importante y perder la perspectiva de futuro y lo que teníamos entre manos. Tenemos una excelente Ley General de Sanidad que ha cumplido 25 años. La hemos desarrollado creando muchos órganos de debate y de gestión pero no la hemos desarrollado en lo importante. Aquí se ha dicho, no se han desarrollado leyes posteriores como la Ley de Cohesión o la Ley de Calidad. Nos hemos olvidado de nuestros profesionales. Sí les hemos dado una carrera profesional. Pero les hemos olvidado de la capacidad de gestión y exigirle responsabilidades. En definitiva, como les digo, son aspectos en mi opinión muchos los que hacen que debamos de revisar que es lo que hemos hecho en el pasado y hacia dónde queremos llegar en el futuro. Nos hemos olvidado también y hemos enfrentado a la sanidad privada con la sanidad pública. Olvidando que la sanidad es un todo y que ambos sistemas se necesitan para conseguir dar esa sanidad de calidad que queremos entre todos. Criticamos cuando vamos a esas formas de colaboración público-privada. Y la realidad está ahí. La realidad es que nuestros pacientes están satisfechos. Y no hay una, sino dos realidades, hay 10 hospitales en Madrid que funcionan magníficamente y que son fruto de esa colaboración público-privada.**

Nos olvidamos también de que la farmacia es un pilar de nuestro sistema sanitario, nos recordaba la presidenta del Consejo. Y queremos hacer de la farmacia en el sistema sanitario una relación de proveedor-cliente y nos equivocamos de bulto. Las cosas han cambiado y van a cambiar. Y seguramente nada va a ser ni siquiera nuestro sistema sanitario como lo conocemos. Pero el que sea diferente no quiere decir que sea peor.

**Yo creo que es posible que se haga una gestión eficiente de nuestro gasto sanitario. Pero que eso no impida que se dé cabida, que se apoye la innovación y el desarrollo en la materia. En definitiva, las crisis deben ser vistas como una oportunidad. Ahora se habla de desaprender, yo creo que es importante siempre recordar lo aprendido para no cometer los mismos errores. Tenemos una magnífica oportunidad, porque tenemos un sistema con unos pilares muy fuertes: los profesionales. Tenemos muy buenos profesionales y además seguramente los mejores profesionales que ha habido por su capacidad de formación, por los medios técnicos que tienen a su disposición.**

Tenemos en definitiva en nuestras manos, los mejores instrumentos para superar esta situación. Y yo creo que a partir del 20 de noviembre vamos a ser capaces de hacerlo entre todos. Hace unas semanas cuando fallecía Steve Jobs y recordábamos todos su biografía, muchos decíamos, cómo es posible que una persona que aparentemente lo tenía en contra para hacer en la vida cosas ha llegado tan lejos. Él nos decía que la base es el esfuerzo, la excelencia y la búsqueda de la calidad. Bien, yo creo que con estas premisas que son las premisas que aquí vamos a encontrar en cada uno de los ponentes que van a intervenir en este importantísimo Congreso Nacional de Derecho Sanitario seremos capaces entre todos de dar respuesta a las demandas de nuestros ciudadanos. Mi enhorabuena Presidente, y enhorabuena a quienes me han precedido en el uso de la palabra. Mi agradecimiento a todos ustedes y es para mí un honor declarar inaugurado este 18º Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Muchísimas gracias.



**PALABRAS DE GARCÍA VARGAS,**  
**EX-MINISTRO DE SANIDAD**



Muchas gracias y en concreto muchas gracias a la Asociación de Derecho Sanitario por su invitación. Realmente hablar de hace 25 años induce a la melancolía, especialmente porque falta quien realmente impuso la Ley, que es Ernesto Lluch. Y ahora que estamos la final del proceso –con estas peculiaridades españolas–, pero aquí aparecen de pronto gente de fuera hablándonos de que ha habido un conflicto armado en Europa. Y al mismo tiempo nos peleamos a ver si hay que estar en la foto con ellos o no. Que yo creo que estar en la foto con esos señores no tiene la menor relevancia. Efectivamente yo me acuerdo algunas veces de Ernesto, no sólo de él, me acuerdo de más personas que están entre nosotros afortunadamente, como Pedro Sabando o como Carlos Hernández Gil, sin los cuales la Ley no se hubiera aprobado. Y sin los cuales la Ley no se hubiera desarrollado y se hubiera aplicado. Yo sin ellos no hubiera podido desarrollar la ley y aplicarla. Porque yo llegué al ministerio dos meses más tarde de que se publicara en el BOE. Claro que con esa biografía de Diego Murillo uno se pregunta, ¿Y cómo sobrevivió usted? que vivía de tipos de interés y que ha vuelto usted a cosas que no tienen nada que ver con la sanidad. Pues porque los colaboradores eran buenos y a base de sentido común. Y escuchando a gente sabia que sabía del sector. Yo no sé muy bien lo que decirles a ustedes porque en realidad los que estamos ahora en la mesa tenemos un interés relativo. Porque supongo que ustedes han venido a oír a las personas que van a tener responsabilidades a partir de ahora.

De manera que nosotros, por lo menos en mi caso, yo he venido sólo a decir que la mayor parte de las cosas que Ana Pastor ha dicho son bastante razonables. Y yo estoy dispuesto a apoyarlo en la medida que ella me lo pida. Ya lo he dicho en alguna otra ocasión cuando ha estado al frente del ministerio. Y por lo tanto, nosotros tres digamos que podemos ser acompañantes útiles del nuevo momento del sistema sanitario. Pero curiosamente, Dr. Sierra, tiene algún paralelismo con el momento de hace 25 años. En el año 86 con la Ley General de Sanidad, vivimos un momento abierto para poder hacer muchas cosas. Y ese momento tenía mucha esperanza, al mismo tiempo mucha discrepancia. Podíamos ganar mucho. Ahora estamos en un momento parecido. Es un momento muy abierto en el que sabemos que tenemos que replantear muchas cosas. Y la diferencia está en que ahora tenemos mucho que perder.

Entonces teníamos mucho que ganar y ahora tenemos mucho que perder. Porque hemos hecho efectivamente un sistema entre todos muy eficaz a un precio razonable. Y tenemos que preservarlo. Pero desde luego ahora ya no podemos seguir ganando tiempo como ha ocurrido en los últimos 10 años. Hemos ganado mucho tiempo, hemos pospuesto decisiones, eso que llamo el conservadurismo sanitario. Y aquí, aprovecho que no me mira Romay, para decir sólo una cosa. Y es que yo estoy de acuerdo con todo lo que ha dicho Ana Pastor excepto en un punto que es muy de detalle. Además lo digo ahora el principio para no entrar luego y no perderme. Yo creo que sé un poquito de política sanitaria y sin embargo defiendo ciertos tipos de copago. Entre otras cosas porque en el resto de Europa que creo que saben de política sanitaria también porque llevan muchos años con sistemas públicos, antes que nosotros, universalizados, lo tienen todos. No sé, yo creo que ahí ha habido una simplificación probablemente por la prisa. Decía que el momento en apertura, en grado de libertad se parece al de hace 25 años. En el que debatimos mucho. Ahora estamos mucho más de acuerdo, luego deberíamos ser capaces de tomar decisiones. Porque entonces debatíamos mucho, no estábamos de acuerdo pero se tomaban decisiones. Ahora ocurre lo contrario.

Pero hay que recordar que esto que ahora glorificamos que es la Ley de Sanidad, estamos todos de acuerdo. No fue tampoco una cosa tan sencilla. Había unas discrepancias ideológicas graves, organizativas, de todo tipo. Había mucho prejuicio en torno a la ley. Hubo prejuicios de la izquierda que querían que toda la asistencia fuera pública y desapareciera todo rastro de lo privado, desaparecían hasta los colegios. Y que desaparecieran las mutualidades de funcionarios.

**Yo me alegro que posiblemente después de 25 años en una ley, la Ley de Salud Pública, ha aparecido por fin una parte especial del Sistema Nacional de Salud que está constituido por algo, las mutualidades, que se financian con dinero del presupuesto. Pero hasta ahora hemos estado discutiendo y diciendo que esa era una forma de privilegio. Yo no he entendido qué tipo de privilegio cuando los ciudadanos además de los impuestos pagan una cuota de su sueldo y además siguen pagando en una parte de la receta cuando se jubilan.**

Hubo por parte de la derecha también con mucha reticencia. Porque se acuerdan ustedes cuando esta ley se denominaba "cubana". Porque ponía énfasis en la atención primaria. Ahora resulta que estamos en un sistema de crónicos, saturado de crónicos, un poco agobiado por los crónicos. Y nos damos cuenta que la solución a los crónicos está en la atención primaria, está en la enfermería. A lo que se ha ido diluyendo y es justo recordarlo, en aquel decreto creo del año 84 que se llamaba de estructuras básicas de gestión que puso en marcha Sabando. Entre otras cosas, las direcciones de enfermería que ahora se han olvidado otra vez y será una de las cosas que habrá que recuperar. Y yo creo que el acierto precisamente de la ley es que era muy abierta y flexible. Y permitía aprovechar todo lo que había y darle una cierta coherencia. En aquel momento de inicio de la aplicación de la ley, las comunidades autónomas ya tenían mucho poder. Por lo tanto, estamos hablando de 25 años que las comunidades autónomas se han ido de las manos. Porque desde el principio se habían ido de las manos. El ministerio se había transferido a Cataluña y Andalucía que era un tercio de la población española. Y además no solamente era de las más pobladas, sino de las más potentes.

Luego en mi época se transfirió a Navarra, al País Vasco, a Valencia, a Galicia, es decir, todas las que no eran del artículo 148 de la Constitución. Y creamos el Consejo Interterritorial y pensamos, como equipo funcionó muy bien, que la fórmula marchaba. Porque es verdad que el clima en el Consejo Interterritorial al principio fue muy bueno y había una relación de trabajo muy bien repartida. Por eso en aquella época el transferir y coordinar a las comunidades autónomas no fue la principal prioridad. Porque nos creíamos que el sistema estaba racionalmente diseñado. Con la vista ya, en la perspectiva del horizonte, desde el principio del Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas tuvieron una resistencia a que hubiera una gobernanza dentro del sistema. Desde el principio hubo una resistencia pasiva que se combinó con una falta de medios del ministerio precisamente para poder liderar con más potencia esa coordinación. Esto no es exclusivo del sistema sanitario, ocurrió también en educación, en medio ambiente y en todo lo transferido. El diseño constitucional dejó pocos medios en manos de los ministerios y del gobierno central. Pocos medios para poder liderar y para poder arrastrar en la dirección común. Que se considerara correcta con participación obviamente de las propias comunidades. Y esto es algo que ahora nos preocupa pero que tiene una solución que no atañe sólo al sistema sanitario.

Pero lo malo es que tampoco desde el principio, hubo mucho afán de cooperación entre ellas. Porque podían haber dicho: "A mí que no me lidere el ministerio y que no me coordine el ministerio, ya me coordino yo sólo. Me coordino con la de al lado y no hacemos un hospital cada uno a 20 km de distancia o hacemos servicios comunes, o yo que sé. O ponemos en marcha una carrera común para que, ya que estamos tan próximos, la gente circule." Yo creo que desde principio hubo ese defecto del sistema. Y ha habido algo que a mí no me ha aparecido en ningún momento racional y que además me ha costado ser políticamente incorrecto. Ha habido una carrera entre ellas. Ahora me referiré. Pero desde el principio hubo una carrera y estúpidamente yo no lo vi. Que había una carrera a ver quién daba más. Ahora se lo diré un poco de pasada. Yo creo que se nos pasó. Se nos pasó porque en aquel momento estábamos dando el salto hacia un país moderno en el terreno sanitario. Y por lo tanto las comunidades autónomas se suponía que venían con nosotros. Teníamos todos un espíritu de buena fe.

Pero lo que nos preocupaba no era eso, era integrar las redes de la seguridad social, los clínicos, la de la beneficencia, algunos privados tutelados y dirigidos directamente por entidades públicas. Estábamos al mismo tiempo haciendo frente a una avalancha. La democracia trajo la avalancha del ejercicio de los derechos que la constitucionalidad que había consagrado. Y la gente venía a que la curarán. Por lo tanto, acuérdate. Yo le dejé al inspector financiero y tributario, todo lo que ha dicho tan amablemente Diego, le dejé una pelota de deudas a A. Amador. Que fue ella la que tuvo que bregar con el Ministerio de Hacienda después.

Pero es que el incremento tremendo de demanda que hubo, las cifras de frecuentación. Por cierto, el Insalud tenía más cifras globales entonces que las que tenemos ahora, bastante más. Y entonces nos pasaban cosas horribles. Yo no sé porque en Valencia la frecuentación está aumentando de esta manera y en Galicia no. Yo creo que hay algo de idiosincrasia ahí, aparte de lo que ha dicho Ana Pastor. Y es que no sé, a lo mejor los gallegos son más sufridos. También pasaba en Castilla-León.

Estábamos preocupados por darle un impulso definitivo al MIR. Estábamos con la introducción de las gerencias. Las gerencias con sus correspondientes direcciones, algunas de ellas mal aceptadas como he dicho antes lo de enfermería. Por parte de los médicos que yo creo, espero que no se me ofenda ninguno de ustedes, en eso no fueron clarividentes. La dirección de enfermería es una aliada de la dirección médica, una aliada natural. En fin, estábamos entonces con la mejora de la financiación, con este lío de pasar de cotizaciones a la financiación del Ministerio de Sanidad. El Ministerio de Sanidad siempre maltrata a los demás ministerios. En este caso yo creo que se fue portando bastante bien. Y nos toleró que nos pasáramos de gasto. Estábamos con la racionalización del personal. Aquel inmenso lío de las incompatibilidades. Que forjó la amistad entre el Dr. Sierra y yo. El director Sierra dirigía la Coordinadora.

Pues de estas cosas del roce nace el trato. Y del trato nace la amistad. Yo creo que en estos 25 años pasamos ese primer periodo —al que me estoy refiriendo— que yo creo que acaba probablemente con la ley 21/2001 que ha citado Ana. En la que yo creo que el factor que hizo pensar que el sistema iba a estar racionalmente equilibrado, el factor era que el ministerio no había transferido todo. Le quedaban las comunidades del 148. Y aunque era menos de un tercio de la población española, eso mantenía vivo el Insalud. Y el Insalud al que todos han denostado y algún día creo que habrá que hacer una historia del Insalud poniéndole en su lugar porque yo creo que lo hizo bastante bien para la época. El Insalud imponía mucho. Y por lo tanto durante toda esa etapa la relación comunidades autónomas - ministerio, en la medida en que el Insalud seguía estando ahí, hizo que las comunidades mantuvieran siempre una relación con el ministerio bastante intensa. Y en los temas técnicos, casi diaria.

Ahora bien, en su fuero interno fue creciendo. Y a medida que se transfería a más comunidades autónomas fue creciendo el fuero íntimo de que la idea de coordinación que presidía el Sistema Nacional de Salud en virtud de la Ley de General de Sanidad, la idea de coordinación, había que debilitarla. Yo se lo he oído a algún consejero amigo después. Y aceptaban el liderazgo del ministerio caso a caso. Y porque además le necesitaban para hacer esa integración de redes y para mejorar la financiación. Pero estaba ya ahí presente el empeño por afirmarse frente al ministerio.

Por decir vamos a demostrar que funcionamos y sabemos hacer las cosas mucho mejor que el viejo Insalud. Ahora se va a enterar todo el mundo de lo bien que lo hacemos aquí y de lo mal que lo ha hecho el Insalud durante muchos años. Yo creo que ha habido, al final de los 90, el nacimiento de esa obsesión por la identidad y por la afirmación frente a Madrid. Haciendo que eso fuera más importante que la cooperación racional entre el ministerio y ellas y entre ellas horizontalmente. Teniendo en cuenta además que el sector es un sector que siempre por naturaleza va a estar sometido por presiones fortísimas de todo tipo. Y con dificultades tremendas financieras. Que por cierto, ya en esa época empezábamos a sufrir todos los países europeos. Si hubiéramos leído, yo recuerdo que publicaba una cosa que se llama —que era ilegal—“Papeles de gestión sanitaria”.

Cogíamos todas las revistas y todo lo que estaba pasando en Francia y en Inglaterra lo traducíamos y lo poníamos. Hasta que más de una publicación nos llevó a los tribunales. Dijo que no pagan ustedes el copyright. Pues tuvimos que suspenderla. Pero era decir, oiga que lo que les está pasando a estos señores nos va a pasar a nosotros. Está empezando a pasarnos a nosotros. En fin, eso no caló. No miraron mucho al exterior y lo que se instaló fue una visión confederal del Sistema Nacional de Salud, pero una confederación débil. Por la falta de cooperación entre los estados confederados.



**Yo creo que el error que, por lo menos yo me hago autocrítica, el error grave es precisamente el no haber hecho más hincapié en el cumplimiento de la ley. Lo que ha dicho Ana Pastor es impepinable. Las cosas se han ido desflecando porque no se han cumplido las leyes. Porque no se ha cumplido la Ley de Sanidad en esta primera etapa y no se ha cumplido la Ley de Coordinación, de Calidad y de Cohesión en la última etapa. Y por ejemplo, uno de los aspectos en los que yo creo que fallamos más. Yo insisto, que me hago autocrítica, es todo lo que se refiere a la actuación previsora de las comunidades. En un artículo de la Ley de Sanidad, creo que es el artículo 54 y el artículo 70, se habla del Plan de la comunidad.**

Que luego con el ministerio se convertía en plan integral. La planificación fue perdiendo prestigio en los años 90, lo podíamos haber llamado de otra manera, “actuación prevista” para quitarle el nombre de planificación. Que desde luego ya de soviética en aquella época había poco. Eso de hecho ya no es soviética. Pero en fin, la palabra plan yo creo que perjudicó. Porque la actuación previsora es precisamente, yo hice un decreto al que dediqué mucho tiempo, el Real Decreto 938/89. Y yo creo que no he sido muy partidario nunca de la planificación. Le dediqué mucho tiempo pensando que el sistema tenía que tener siempre previsto el siguiente paso. Lo que iba a hacer a continuación. A qué necesidad se iba a tener que enfrentar y cómo la iba a resolver. Y sobre todo, porque además la ley lo dice, la Ley de Sanidad, “adelantar, prever necesidades, actuaciones e inversiones”. Es decir, cómo vamos a tener que responder teniendo en cuenta los recursos que tenemos, la financiación disponible.

**Hubiera sido si se hubiera aplicado el real decreto —le dediqué mucho tiempo y yo creo que ni lo recogieron en los periódicos; son de esos casos de fracaso absoluto que uno tiene— si ese decreto, aunque hubiera sido corregido posteriormente, se hubiera aplicado, cuántas inversiones redundantes nos hubiéramos evitado. Cuándo TAC a 5 kilómetros uno de otro o cuánto hospital uno encima de otro. Cuántas desviaciones presupuestarias sistemáticas nos hubiéramos evitado. Por eso yo creo que el error más grave, por lo menos en mi caso, fue el no hacer cumplir la ley.**

¿Cómo se hace cumplir la ley a las comunidades autónomas? Cortando financiación. Pero eso no estaba en nuestro alcance. Luego diré que el problema más grave que tiene el sistema de gestión, de gobernanza del sistema es que su órgano central, el Consejo Interterritorial, no ha tenido ni tiene ninguna relación con el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Y ése precisamente es el punto clave para el futuro. Es más, ha habido una Conferencia de Presidentes del año 2006 que fue intento, yo creo que frustrado y perdido de mala de manera. Y creo que nos arrepentiremos alguna vez de eso. Tuvo un defecto en su planteamiento. Y era precisamente que estaban más presentes el Ministerio de Hacienda y los consejeros de Economía que los consejeros de Sanidad.

Y que no había en la Conferencia un respaldo equilibrado al 50% entre el Consejo de Política Fiscal y Financiera con el instrumento anual del Instituto de Estudios Fiscales. Que ése es el que hizo los estudios y preparó las estadísticas —que estaba muy bien— con el Consejo Interterritorial y los consejeros de Sanidad y el Ministerio de Sanidad. Eso no estaba equilibrado. Por eso la Conferencia estaba desequilibrada desde el principio. Para el futuro, ésta es una de las cosas que habrá que resolver. A pesar de eso, yo creo que los ministros aquí presentes hicimos cosas bastante bien hechas. Porque aunque éramos ministros agobiados, y que no teníamos dinero. Por ejemplo, Romay se planteó en serio las formas de gestión. Fíjense quién se acuerda de las formas de gestión.

Ahora vuelven y además A. Amador nos va a ilustrar. Pero ahora vuelve otra vez el problema de las formas de gestión. A. Amador se atrevió con algo que yo creo que si se hubiera continuado, nos hubiéramos evitado también muchos problemas. Tener que hablar ahora de que vamos a podar prestaciones. Porque hizo el Real Decreto del 95 de prestaciones que si se hubiera cumplido también lo que decían las disposiciones finales adicionales. Que es cada cierto tiempo se tiene que volver a revisar, ahora no andaríamos con los problemas que tenemos.

Donde hay prestaciones reconocidas que las comunidades autónomas no prestan, nadie las ha quitado pero usted va ahí a que le atiendan —y además sabemos todos cuáles son— y la más exótica, esa que siempre sale pero que no es la más importante, que es la de cambio de sexo, hace tiempo que no se está prestando. Hay una lista de espera cada vez mayor. Y en fin, hay cosas más urgentes. O sea, que tampoco pasa nada. Está empezando a pasar ya con la fecundación asistida y con otros asuntos. Yo creo que hubo y sigue habiendo un déficit en el diseño de la alta inspección. La alta inspección todos los que hemos pasado por ahí hemos intentado que la alta inspección funcione. Pero es verdad que cuando te lees la Ley.

**Porque yo alguna vez pensé, no lo habré hecho bien. Pero luego cuando pasasteis vosotros y siguió sin funcionar, dice “bueno es que está mal diseñada, evidentemente”. Pero el problema es que en el fondo fuimos un poco en exceso flexibles con las comunidades autónomas. En algún momento hay que decir que no y en algún momento hay que decirnos os estáis equivocando. Y entonces el ministerio va a sentar un principio común para todos. No sigamos en esta situación. La segunda etapa en estos 25 años desde luego es la que inició la Ley 21 de 2001, del 27 de diciembre, que cambio la financiación y la hizo no finalista. Y a continuación se produjo la transferencia de las autonomías del 148. Eso cambió el Sistema Nacional de Salud radicalmente.**

Podía haber sido un momento para articular la gobernanza pero yo creo que tampoco se pensó en que las comunidades autónomas iban a entrar en esa competencia a ver quién daba más. Porque además —bueno Ana Pastor era la que estaba ahí, o sea que lo podía explicar ella mucho mejor— pero yo intento racionalizarlo desde fuera. El diseño de la Ley de 21 de 2001 y la transferencia inmediata estaba pensada dentro de un contexto de normas adicionales. La más importante, desde luego, aparte de la autonomía del paciente, la de cohesión y calidad del sistema. Ley que se aprobó por unanimidad. Todo el PSOE, la votó todo el mundo. Fue una ley, en mi opinión, muy bien diseñada, muy bien articulada y con una intención excelente de hacer posible y hacer efectiva la cohesión.

Y además porque tenía una visión muy general del sistema, en el que había algunos aspectos como el de la financiación, el de la alta inspección. También esta ley habló de la alta inspección. Y sobre todo teníamos algunos aspectos novedosos que yo creo que su incumplimiento nos ha agravado los problemas: el de los sistemas de información. El diseño de los sistemas de información estaba muy bien hecho. Bueno, yo creo que el error posterior ha sido el que no se cumpliera de manera sistemática y con un seguimiento, con una tenacidad que el asunto requería por parte del ministerio y por parte de las comunidades, en aplicación de todo lo que decía la Ley de Cohesión. Se ha cumplido formalmente, pero en muchas cosas se ha puesto en marcha aspectos relevantes. Pero lo hemos dejado a medias otra vez. Lo hemos vuelto a dejar a medias.

**Yo creo que lo que les está pasando a las comunidades autónomas en parte, salven ustedes la situación económica que es pavorosa, la reducción de ingresos, la reducción de financiación en las comunidades. Por eso sólo en parte que yo me atrevería a decir, relativa. No digo menor, pero sí relativa, es que ha habido también cierta competencia por parte de las comunidades autónomas a ver quién lo hacía mejor y quién daba más. A ver quién tenía menos enfermos o menos ciudadanos por cartilla, hospitales más lujosos y con habitaciones más individuales. Que por cierto, no lo hay en los hospitales públicos europeos que son más ricos que nosotros, no lo hay en el sistema nacional de salud inglés, no lo hay en Francia.**

Esperas más cortas, más tecnología, más servicios. Todo más próximo al paciente y todo cada vez más gratis. Es una carrera que todos hemos sido testigos, y ustedes los profesionales en algunos casos lo han sufrido. Eso ha conducido a una mejora espectacular de nuestro sistema asistencial. Se ha acercado a los pacientes. Pero no crean que todo se ha hecho, en mi opinión, por un afán sólo de mejorar el sistema sanitario. El sistema sanitario durante estos años ha dado muchos réditos electorales. Y hacerse una foto inaugurando un hospital daba más votos que hacer otra cosa. Y por lo tanto hemos caído todos en una especie de trampa. En esta técnica de hacernos trampas en el solitario y no cumplir las leyes bien hechas que aprobamos por unanimidad. Los ciudadanos han entrado también. Entonces, ahora es más importante tener un hospital al lado que estar seguro que el hospital está dotado correctamente, cada servicio tiene la actividad que debe tener para la calidad que nosotros mismos establecemos en las regulaciones internas. Y las aprobamos en el Consejo Interterritorial. Y hemos caído en una especie de valoración del continente mayor que la valoración del contenido. Es una trampa que nos hemos hecho todos. Y eso es una de las cosas que hay que volver a revisar. Pero lo malo es que cuando se ha usado tanto la sanidad como reclamo electoral, por todo el mundo, no estoy hablando de nadie particular. Es muy difícil ahora dar marcha atrás y decir “oiga, es que nos pasamos un poco y ahora vamos a tener que retocar algunas cosas”.

Y en eso radica en buena medida la dificultad que en este momento tienen todos los partidos. No hay nada más que ver los programas electorales para las cosas malas no hay que anunciarlas en el programa electoral hay que callarse. Pero para no cumplir esa regla de oro que es en esta vida “de este agua no beberé”, algunas veces hay que reservarse. Porque nunca se sabe lo que futuro te depara. El problema insisto, no es el que haya un problema financiero, no es que haya habido esa carrera electoral.

**El problema es que hemos incluido las leyes que hemos aprobado por unanimidad o que hemos defendido todos. Y por tanto ahora el programa máximo, eso que se llamaba antes el programa máximo, o el programa radical, es cumplir la ley. Por cierto, esto lo dijo una vez, creo que fue un político demócrata-cristiano. Dijo “es que lo más revolucionario que hay en Europa es hacer cumplir las leyes”. Es verdad, lo dijo a finales de los años 90. Porque además las comunidades autónomas heredaron costumbres peligrosas, costumbres insanas, por ejemplo las desviaciones presupuestarias. Y en ese sentido nosotros los que hicimos las transferencias, lo que dijimos al ministerio también transferimos algunas cosas que no eran correctas. Yo termino, lo más grave de los incumplimientos es precisamente —también ahí estoy de acuerdo con Ana Pastor— el que no hemos terminado con los sistemas de información. El que hemos tenido que poner en marcha el Plan Avanza Sanidad en Línea con un montón de dinero que pone el gobierno central o que venía poniendo, porque ahora no lo puede poner. Y por eso se han quedado algunos sistemas un poco a medias, para garantizar la interoperabilidad.**

Tendría mérito. Desde el principio no sabíamos que teníamos que interoperar. Que los datos nos los teníamos que cambiar entre nosotros. Y esto está dificultando el elemento de gestión que a partir de ahora es esencial, que es el de la comparación, el de la evaluación, evaluar cada servicio, evaluar cada centro, saber lo que cuestan las cosas. Por lo tanto ahí estamos a medias sin mucho dinero, pero precisamente ahí es donde habrá que seguir invirtiendo. En definitiva señoras y señores yo acabo, Diego, se ha acabado un ciclo de 25 años. La mejora ha sido impresionante. Y ahora ¿qué nos espera? Pues unos años de sufrimiento. Porque la economía española va salir de la situación. Sobre todo si los europeos decidimos no suicidarnos los 27 al mismo tiempo, capitaneados por los alemanes. Saldremos. Y por lo tanto, son unos años.

**Pero de estos años vamos a salir con algunos hábitos mejores. Como el hábito de que no hay que gastarse más dinero que el que uno tiene. Que no puede haber desviaciones presupuestarias. Y que se habrá acabado para siempre esta carrera de a ver quién da más cosas y se hace más fotos. Yo creo que en estos años la sanidad no va a dar muchos réditos electorales, va a dar muchos disgustos. Pero eso fue la tónica siempre, volvemos a lo natural. Aquí se viene a este ministerio a sufrir y no se viene a quedar bien.**

**Por eso en este momento aunque haya cosas que nos irriten, tenemos que ayudar a Cataluña, que va un poco por delante en algunas medidas. Evitar que cometa ciertos errores. Se tienen que dejar ayudar y como están en transición democrática hacia no sabe de qué, pues a lo mejor no se dejan ayudar.**

**Pero yo creo que deberíamos intentar ayudarles a hacer esta reforma de contención del gasto, sensatamente. Y decir que no se pueden hacer reducciones lineales, el 10% de lo importante y el 10% de lo que no es importante. Habrá que hacerlo de otra manera, a lo mejor en algunas cosas habrá que reducir el 20 y en otras nada. Pero la experiencia no va a ser muy distinta a la que van a tener otras comunidades autónomas. Por lo tanto hay que intentar echarse una mano. Y que a partir de ahora mejore la cooperación entre comunidades autónomas. Hay que compartir muchas cosas entre comunidades autónomas, muchas. Algunas hacen cosas excelentemente y otras lo contrario. Bueno pues pongámoslo en común y hagamos todos lo mejor que lo hace la que mejor lo hace. Desde luego lo más importante en mi opinión es que el Consejo Interterritorial funcione con cierto carácter ejecutivo. Pero para eso tiene que tener cierto respaldo del Consejo de Política Fiscal y Financiera.**

Y por supuesto que tendremos que recortar algunas prestaciones que no son necesarias, algunas pruebas que no son necesarias, algunas repeticiones de tratamientos. Por supuesto el suyo, hay que hacerlo en cualquier caso. Habrá que mejorar también un poco los ingresos, y ahí no quiero entrar. Pero no se puede suprimir el impuesto de sucesiones y al día siguiente iniciar el recorte de las prestaciones sanitarias. Y a lo mejor hay que decirles a los ciudadanos que la televisión es menos importante que la sanidad, o a lo mejor lo contrario. La televisión identitaria, pues que lo diga. Qué es más importante la identitaria en la televisión que los servicios sanitarios. Y por tanto vamos a recortar los servicios sanitarios y no la televisión identitaria. O estas oficinas exteriores que nos están coordinadas con el ICEX. Y que repiten gastos que ya hace el Estado a través del ICEX.

Bien, hemos tenido sólo dos leyes en sanidad en 25 años. Y esto ha ido bastante bien con unos resultados excelentes. Al mismo tiempo ha habido tres o cuatro leyes generales de Educación. Compáren ustedes los resultados en salud con los resultados de educación. Fracaso escolar que aquí en España no preocupa, preocupa la lista de espera pero no el fracaso escolar. Que nuestros hijos en el futuro no tengan cómo ganarse la vida. En fin todo son reflexiones sociológicas. Y la cuestión esencial desde luego es preservar el sistema en un entorno presupuestario que durante unos cuantos años va a ser muy difícil. Pero ha llegado el momento otra vez después de 25 años, de ensayar cómo producir ineficiencias, cómo modernizar gestión de los recursos, cómo gestionar mejor la demanda tratando de podar la demanda innecesaria. Ensayar nuevas fórmulas de competencia entre centros, entre profesionales.

Y hay algunas cosas que vuelven a estar abiertas y que se pueden volver a plantear. El régimen jurídico del personal. Yo intenté estas cosas que todas me salieron mal, el que el personal no fuera estatutario sino que fuera laboral. Obviamente lo perdí como es natural. Pero yo estos últimos años pienso si yo fuera laboral no me vieran quitado el 10% de mi sueldo porque soy estatutario, soy funcionario. Y a lo mejor si no fuera estatutario habría cierta mayor flexibilidad para retribuir mis servicios, que es un servicio que funciona muy bien y a mi gente le funciona muy bien y no retribuirlo de la misma manera que el que está al lado que no funciona igual de bien.

Pero en fin, es el momento también de plantearse la descentralización de decisiones. En fin, es un momento interesante en ese aspecto pero no hacemos las críticas. Los estados federales y nosotros somos un estado prácticamente federal, tiene siempre este problema. Entre el Estado y los estados federados, en este caso las autonomías, siempre hay una tensión muy difícil de resolver. Lo que pasa que hay que aprovechar los momentos en que las comunidades autónomas se debilitan, en estos momentos se están debilitando. Solamente porque tengan problemas económicos, sino también porque el uso se están debilitando. Y en fin, podemos plantearnos incluso si todas tienen que tener parlamento. Pero en cualquier caso, esta tensión va a seguir existiendo. Lo que hay que hacer es conducirla a un punto que sea manejable. Muchísimas gracias a todos por su atención.