



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 368

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 16

celebrada el miércoles, 30 de noviembre de 1994

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencias:

- Del señor Director General de Salud Pública (Francisco Polledo), para informar acerca de las políticas de control alimentario que se desarrollan en el ámbito del Estado, con especial referencia a la prevención y control de las infecciones alimentarias. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000703) 11394
- Del señor Director General de Planificación y Aseguramiento (Sevilla Pérez), para informar acerca de los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000701) 11401

Proposiciones no de ley:

- Sobre adaptación de los antiguos planes de estudio a las nuevas exigencias creadas por la evolución de la técnica en los servicios de diagnóstico. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG, serie D, número 126. Número de expediente 161/000249) 11411

— **Relativa al incremento de los medios humanos y materiales de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital C'an Misses, del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG, serie D, número 130. Número de expediente 161/000264).....**

11415

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

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, buenos días. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo prevista para el día de hoy.

Antes de iniciar el orden del día, quería informar a SS. SS. de que, como saben, aprobamos en esta Comisión una proposición no de ley por la que se acordaba la constitución de una Ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico. Recuerdan SS. SS. que en el texto de la proposición no de ley se instaba a que en el plazo de tres meses se tuvieran los trabajos realizados. Se ha constituido esta mañana la Ponencia y hemos llegado al acuerdo de que van a ser tres meses a partir del momento de su constitución. Por lo tanto se inician estos tres meses para la elaboración y conclusión de los trabajos de la Ponencia a partir del día de hoy.

A continuación, pasamos a la celebración de las comparecencias previstas en la primera parte del orden del día de la sesión de la Comisión.

También quiero decir a SS. SS. que, a solicitud del señor Director general de Salud Pública, don Juan José Francisco Polledo, por dificultades personales que tenía, se ha modificado el orden de intervención de los dos comparecientes que estaban previstos. En primer lugar se producirá la comparecencia que consta en segundo lugar.

CELEBRACION DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS:

— **DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PUBLICA (D. JUAN JOSE FRANCISCO POLLEDO) PARA INFORMAR ACERCA DE LAS POLITICAS DE CONTROL ALIMENTARIO QUE SE DESARROLLAN EN EL AMBITO DEL ESTADO, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ALIMENTARIAS. A SOLICITUD DEL G. P. SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000703.)**

La señora **PRESIDENTA**: Comparecencia del Director General de Salud Pública, don Juan José Francisco Polledo, para informar acerca de las políticas de control alimentario que se desarrollan en el ámbito del Estado, con especial referencia a la prevención y control de las infecciones alimentarias. Ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra el Director General, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PUBLICA** (Francisco Polledo): Señorías, constituye para mí un alto honor comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, a fin de exponer los rasgos generales y las peculiaridades de las políticas de control alimentario. Considero un extraordinario acierto el que esta Comisión tenga datos directos y actuales relativos a aquellas actividades que desde la Administración se diseñan y se desarrollan para garantizar algo respecto de lo que el ciudadano se muestra especialmente sensible y con lo que no quiere ningún tipo de especulación. Es decir, que los alimentos que consumen no entrañan ningún tipo de riesgo para su salud.

Permítanme también mi humilde juicio sobre la idoneidad añadida de que esta información sea solicitada en, y, por lo tanto, proporcionada, en un momento en el que en nuestro país no asistimos a ningún episodio trascendente de intoxicaciones alimentarias. Este clima favorece, desde mi punto de vista, poder acercarnos a este problema con la tranquilidad y sosiego que se merece y disipa, además, cualquier sensación para el ciudadano de que los poderes públicos sólo se ocupan de este problema cuando cobra actualidad a causa de brotes y episodios de intoxicaciones alimentarias.

Intentaré, señorías, que mi intervención sea lo suficientemente breve pero, a la vez, lo suficientemente clara, como para, mereciendo su atención, ser capaz de proporcionarles una visión global de qué es lo que se está haciendo en materia de control alimentario. No obstante y a mi pesar, los propios caracteres de la materia no me van a permitir preterir algunas incursiones técnicas o en el mundo de los datos. Tanto lo uno como lo otro lo reduciré al mínimo indispensable.

La primera apreciación que me gustaría transmitir a sus señorías es que en la actualidad la seguridad de los alimentos no se pueden, en modo alguno, cifrar exclusivamente a la acción del control oficial, es decir, a la inspección pura y dura. El enorme volumen de actividad del mercado alimentario, las nuevas tecnologías de producción e industrialización, los nuevos alimentos y sus nuevas formas de presentación y el comercio internacional de los mismos hace que la seguridad alimentaria precise de diversos aliados, además de control oficial. Entre ellos destaca, desde mi punto de vista, el de la profesionalidad y lealtad de los productores. Debemos desterrar definitivamente de nuestra mente una visión de la situación en la que los operadores económicos hacen lo que quieren y la Administración

va detrás reprimiendo las conductas irresponsables. Esto hoy en día no sería eficaz y en modo alguno es ni lo que necesita ni lo que pide la inmensa mayoría de los agentes económicos que operan en el ámbito de la producción, transformación y comercialización de alimentos. Muy al contrario, el panorama actual debe ser el definido por un sector económico cualificado y responsable que pone todos los medios a su alcance para evitar problemas sanitarios y para cuyo empeño cuenta con la colaboración y los servicios de una administración que, por otra parte, reserva su capacidad punitiva y de policía para un minoritario grupo de infractores. Este es el modelo propio de los países de nuestro entorno y éste es el modelo por el que hemos optado, un modelo que se desenvuelve en unas coordenadas competenciales ciertamente complejas y que es absolutamente imprescindible tener en cuenta a la hora de hacer un análisis de la situación.

Por una parte, la Comisión de la Unión Europea viene desarrollando desde hace mucho tiempo (téngase en cuenta que las primeras directivas son de mediados de los años sesenta) una intensa labor de armonización de los requisitos exigibles en la producción y transformación de los alimentos. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, por favor, señor Francisco Polledo.

Señorías, quiero recordar una vez más las dificultades acústicas y los grandes inconvenientes que tiene esta sala. Por tanto, les ruego que, si tienen que hablar, lo hagan muy bajo, para que podamos continuar la Comisión.

Cuando quiera.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Francisco Polledo): Decíamos que la Unión Europea viene desarrollando desde hace mucho tiempo (las primeras directivas son de mediados de los años sesenta) una intensa labor de armonización de los requisitos exigibles en la producción y transformación de los alimentos. Inicialmente, esta labor estuvo inspirada, exclusivamente, en la necesidad de eliminar barreras técnicas que dificultaran la construcción del mercado único. Sin embargo, especialmente después del Tratado de Maastricht y la inclusión del artículo 129.a) en el Tratado de la Unión, desde hace ya algunos años, podemos detectar iniciativas inspiradas en la protección de la salud y en la defensa de los intereses de los consumidores.

Por otra parte, y siguiendo dentro del ámbito competencial, tal y como contemplaba la Constitución y recogieron los estatutos de autonomía, las comunidades autónomas han asumido las funciones de desarrollo normativo y de ejecución en el campo del control sanitario de los alimentos.

Así las cosas, a la Administración del Estado, a nosotros, nos corresponde el dictado de la normativa básica, la coordinación de las actuaciones de las administraciones implicadas y las medidas de control en el campo de la sanidad exterior.

Una eficaz política estatal de control alimentario, implica, consecuentemente, el desarrollo de cuatro campos

de acción. En primer lugar, el establecimiento de las bases legales, establecimiento de las reglas de juego; en segundo lugar, la coordinación de las inspecciones tendentes a garantizar que esas reglas de juego se respetan; en tercer lugar, el fomento del autocontrol, y, por último, el desarrollo de un sistema de previsión de riesgos. El desarrollo de cada uno de estos cuatro puntos será la estructura de mi intervención.

Primero me referiré al establecimiento de las bases legales. Este elemento supone un instrumento de primer orden, tanto porque recoge las condiciones exigibles en la producción e industrialización de los alimentos (con el objetivo de minimizar los riesgos), como por resultar imprescindible para poder realizar intercambios comerciales con otros países.

Si esto ha sido así siempre, la firma del Acuerdo GATT, que incluye, como ustedes saben, un apartado dedicado a las medidas fitosanitarias y sanitarias, implicará inexorablemente que todo país que quiera hacer comercio internacional sea capaz de demostrar —y sobre él pesará la carga de la prueba— que su normativa sobre alimentos está inspirada en claras y rigurosas verdades científicas.

Desde nuestra adhesión a la Unión Europea e incluso yo diría que ya antes, a este respecto, al de la producción normativa, somos subsidiarios de las iniciativas mancomunadas de los Doce o de los servicios de la Comisión de la Unión Europea, correspondiendo a la Administración del Estado la transposición de las directivas comunitarias, adaptándolas a nuestro derecho interno. Esta labor, compleja y prolija, está ejecutándose escrupulosamente y ajustándonos a plazos. Sólo en el período 1992-1994, para que se hagan una idea, se han transpuesto más de cincuenta directivas a través de más de veinte reales decretos. Actualmente estamos trabajando en media docena de ellas referentes, fundamentalmente, a la incorporación a nuestro derecho interno de las directivas sobre aditivos alimentarios y la general de higiene de los alimentos.

Aparte de la transposición a nuestro derecho de las normas comunitarias, hay problemas específicos que tienen que darse cobertura desde el derecho interno. Así, en 1991, se aprobó una orden que prohibió la utilización de huevo fresco en la elaboración de alimentos que no sufrieran tratamiento térmico. Quiero señalar a SS. SS. que ésta fue una disposición que sufrió críticas, críticas perfectamente comprensibles desde fuera de quien no tuviera una especialización muy grande en el área. Como anécdota, diré que hace unas semanas en el «American Journal Public Health» la revista más prestigiosa sobre salud pública americana, se recogía cómo hace seis meses el Estado de Nueva York ha adoptado una medida idéntica a la que nosotros adoptamos en 1991.

Por poner otros ejemplos de derecho interno en directivas comunitarias, en septiembre del presente año hemos publicado una orden ministerial que obliga al marcado individual de los hígados procedentes de ganado vacuno, a fin de evitar la impunidad de aquellos ganaderos que generaban y estaban implicados en brotes de intoxicaciones alimentarias.

En definitiva, pues, y recapitulando en este extremo, por lo que se refiere al bloque normativo, contamos con unas reglas de juego completas, actuales, equiparables a las de los países de nuestro entorno y cuyo escrupuloso y exacto respeto garantizaría la inocuidad de los alimentos que se ponen en el mercado.

El segundo punto que señalamos como uno de los ejes de una política de control alimentario es el de la coordinación de las inspecciones. No es suficiente, obviamente, contar con un bloque normativo completo, es necesario garantizar que el mismo se respeta. Para ello, es imprescindible la inspección y, a fin de evitar distorsiones comerciales o, incluso, diferentes niveles de protección para los ciudadanos en función del área geográfica en el que vivan, es necesario coordinar las inspecciones que se efectúan por las distintas comunidades autónomas. A tal efecto, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Ponencia de Cooperación en Salud Alimentaria, viene desarrollando una eficaz labor de armonización, tanto de iniciativas como —lo que quizá sea más importante— de criterios. Fruto de esta actividad es, entre otras muchas cosas, un sistema de información que nos está permitiendo evaluar el esfuerzo inspector que se hace en nuestro país. Así, por ejemplo, podemos documentar que, durante 1993 —último ejercicio que tenemos cerrado—, se realizaron en España 2.331.430 visitas de inspección y se tomaron 159.200 muestras para análisis, lo que permitió detectar irregularidades en 28.041 establecimientos y deficiencias en 8.210 productos.

Con alguna frecuencia, la inspección de los alimentos no es, sin embargo, fruto de una programación previa, sino que debe hacer frente a una situación imprevista que está generando un riesgo concreto, actual y localizado. Son las denominadas alertas alimentarias, situaciones en las que más que nunca es imprescindible la rápida y eficaz coordinación de todos los efectivos implicados. Pues bien, en cumplimiento de los acuerdos adoptados, una vez más, por el Pleno del Consejo Interterritorial, la Red de Alerta Alimentaria ha gestionado más de 219 alertas durante los años 1991 a 1994. De ellas, 50 tuvieron su origen en informaciones procedentes de la Unión Europea.

Quiero referirme ahora a un problema muy concreto. Desde el año 1989 vienen produciéndose en nuestro país episodios de intoxicaciones por consumo de hígados procedentes de animales tratados con sustancias prohibidas, con hormonas y especialmente con clenbuterol. En concreto, y de acuerdo con nuestros datos epidemiológicos, tenemos registrados 37 brotes en el conjunto del territorio del Estado, con un total de 725 afectados. A la prevención de este riesgo se destina el Plan Nacional de Investigación de Residuos, que se creó por un Real Decreto del año 1989 y cuya Comisión Interministerial es presidida por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Fruto del mencionado Plan, durante 1993 se han analizado 64.373 muestras, con porcentajes de positividad que, en el plan aleatorio (Saben ustedes que el programa cuenta con dos líneas de actuación, una aleatoria, sobre animales que se presentan en el matadero o en las granjas, y otro sobre animales sospechosos, es decir, aquellos que

proceden de explotaciones que han estado implicadas en algún brote o han dado positivo previamente.), han oscilado desde el 0,7 por ciento en granjas al 2,5 por ciento de los animales en matadero y, en el plan de sospechosos, los porcentajes de positivos han oscilado entre el 1,72 por ciento en granja al 14,24 por ciento en matadero.

Al objeto de potenciar aún más la acción preventiva, en marzo de 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo, el de Agricultura, Pesca y Alimentación y las 17 comunidades autónomas adoptaron una serie de medidas complementarias que han permitido, hasta este momento, detectar en 1.037 ocasiones granjas en las que se ha utilizado algún producto prohibido. En 1.037 ocasiones, que no en 1.037 explotaciones, puesto que algunas de ellas han sido detectadas positivas en reiteradas ocasiones. Para facilitar la actuación inspectora en mataderos, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha invertido, durante el año 1994, más de 77 millones de pesetas en la adquisición de métodos rápidos de detección, a fin de que, por los servicios de inspección veterinaria de los mataderos de las comunidades autónomas, sean testados, a lo largo de lo que queda del año 1994 y de 1995, más de 50.000 animales de la especie vacuna, lo cual representaría controlar, aproximadamente, el 10 por ciento de todos los animales sacrificados. Algo que está absolutamente alejado de los planteamientos de cualquier país europeo, en los que no se llega nunca más allá del 3 ó 4 por ciento de los animales.

Esperamos que, paulatinamente, este conjunto de medidas destierren de entre nosotros prácticas que los productores —los ganaderos, los mataderos e incluso las industrias cárnicas— deben comprender que son inadmisibles y, además, convencerse de que cualquier actividad de producción de alimentos es incompatible con la rentabilidad económica si lleva aparejado el más mínimo riesgo para la salud.

Como consecuencia del creciente comercio internacional de productos alimenticios, las actuaciones de inspección en sanidad exterior resultan imprescindibles, tanto más cuanto que, tras la construcción del mercado interior, en nuestras fronteras se hacen inspecciones que deben dar garantías no sólo a nuestro país, sino a todos los miembros de la Unión Europea. Durante 1993 —último ejercicio cerrado—, los servicios de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Consumo procedieron al control de 107.604 partidas de productos alimenticios, sometieron a inspección directa a 70.842, muestrearon 10.341 y sometieron a análisis a 5.031. Producto de esta labor fue el rechazo de casi 400 partidas procedentes de países extranjeros.

El tercer elemento que mencionábamos inicialmente era el fomento del autocontrol. Ya al principio de mi intervención apunté la necesidad de que, para conseguir óptimos niveles de seguridad, los operadores económicos, los industriales, se implicasen decididamente en su garantía. Fomentarlos ha sido una tarea que desde el Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido desarrollándose de una forma decidida, y yo creo que eficaz, a partir del año 1991. En julio de ese año se alcanzó un acuerdo con la Federación de Industrias de Alimentos y Bebidas, al objeto de extender la aplicación del Sistema de Análisis de Riesgos y

Control de Puntos Críticos. Hasta el momento, más de doce sectores —quizá los más importantes de la industria alimentaria— se han sumado al proyecto y el nivel de extensión que la aplicación del sistema ha conseguido en nuestro país puede considerarse —se considera claramente— como de vanguardia dentro de los de la Unión Europea. Recientemente, en León y propiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha reunido la «International Commission for Microbiological Specification for Foods», que ha respaldado, y lo ha hecho además expresamente, la labor que viene desarrollándose en nuestro país, tanto por los operadores económicos como por las distintas administraciones.

Por último, el cuarto elemento era un sistema de previsión de riesgos. Señorías, en seguridad alimentaria los riesgos más temibles son aquellos que debutan, es decir, aquellos de los que no tenemos antecedentes. Frente a ellos, las medidas ordinarias pueden no ser eficaces, puesto que, evidentemente, esas medidas se han diseñado sin tenerlos en cuenta, porque los desconocemos. A fin de minimizar esa posibilidad, la única herramienta disponible es la de diseñar un programa prospectivo que proceda a un chequeo continuado del mercado y que efectúe determinaciones significativas para riesgos potenciales. Me refiero a aspectos como las dioxinas, los metales pesados, la radioactividad, las aflatoxinas, etcétera. Con este objetivo, la Dirección General de Salud Pública, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, también del Ministerio de Sanidad y Consumo, vienen ejecutando un programa, podríamos llamar de vanguardia, de control del mercado, que está suponiendo la toma y análisis de más de 5.000 muestras al año y la realización de 20.000 determinaciones de alto nivel. Pretendemos detectar cualquier riesgo antes de que se manifieste. Algo difícil, pero a lo que estratégicamente no vamos ni podemos renunciar.

En definitiva, y concluyendo, una situación —la del control alimentario— paralela a la de los países de nuestro entorno, con una buena base jurídica, inspirada en las últimas verdades científicas, con un nivel de coordinación y de colaboración entre administraciones que, aun considerándose mejorables, puede entenderse suficiente y con un sector —de productores, de transformadores y de comercializadores—, de forma abrumadoramente mayoritaria, muy responsable, aunque —no hay que olvidarlo— con individualidades marginales capaces de provocar problemas e incluso graves problemas. Una situación, en definitiva, que ha permitido que el número de intoxicaciones alimentarias, en cuanto al número de afectados en brotes, no haya dejado de descender desde 1991 —año en el que se registraron 14.977 casos— hasta 1993 —en el que se registraron casi 3.000 casos menos, 11.511—, pero también es una situación en la que se mantienen escenarios absolutamente inadmisibles, como las intoxicaciones por consumo de hígados procedentes de animales tratados, y que tiene aún que mejorar antes de obtener una confianza absoluta por parte de los consumidores.

Muchas gracias, señorías, por su atención y quedo a la espera de sus preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Grupos que desean intervenir. (Pausa.)

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El motivo de la comparecencia solicitada por el Grupo Socialista es importante, yo diría que trascendental, en un momento en que las intoxicaciones alimentarias, en disminución en nuestro país, según sus datos, siguen preocupando a amplias capas de nuestra población. Nosotros no podemos compartir el optimismo del Director general en el sentido de que tanto nuestra normativa como la dinámica de coordinación entre las instituciones y la configuración de nuestra sanidad exterior cumplen todos los requisitos y están a la altura de lo que se hace en estos momentos en el resto de los países de la Unión Europea.

La lentitud que demuestra el Ministerio de Sanidad y Consumo a la hora de transponer la normativa europea, a la hora de configurar un sistema legal y normativo en línea con lo que en estos momentos se está haciendo en otros países, la afirmación de que esa normativa que rige el problema de las intoxicaciones alimentarias es todo lo completa que podría ser en estos momentos, no es la impresión que tiene nuestro Grupo parlamentario.

En la coordinación de las inspecciones, es evidente que la constitución de la Comisión de Salud Pública en el seno del Consejo Interterritorial de Salud ha hecho avanzar un tanto en la línea de esa nivelación del trabajo, en la línea de esa armonización del esfuerzo inspector. Empieza a superarse una cierta situación que se produjo en algunos momentos en la historia reciente de nuestro país, una cierta sensación de desorientación con respecto a las actuaciones absolutamente desiguales de unas comunidades autónomas y de otras.

Nuestra preocupación es animarle a que el trabajo de esa Comisión de Salud Pública consiga la nivelación en las actuaciones de las diferentes comunidades autónomas, porque nos da la sensación de que en este país siguen existiendo todavía profundas desigualdades, en cuanto al esfuerzo que algunas comunidades hacen, a diferencia de otras, en el control de la producción, comercialización y distribución de alimentos.

Si nos gustaría que nos precisara un poco más algunos de los aspectos de su intervención. En particular el que hace referencia a la red de alertas alimentarias. Ha expuesto en su intervención que las actuaciones que esa red de alertas ha puesto en conocimiento de la Administración venían derivadas de comunicaciones de la Unión Europea. ¿Quiere decir esto que la Unión Europea ha sido capaz de identificar problemas, intoxicaciones e irregularidades en nuestro país antes que la Administración española y que ha sido a instancias de terceros países o de la administración europea cuando nuestro Gobierno ha decidido actuaciones de carácter inspector o intervenciones concretas para asegurar el correcto funcionamiento de nuestro mercado?

En la sanidad exterior ha incidido muy de pasada, no sé si porque comparte nuestro criterio de que es uno de los aspectos contenidos en la Ley General de Sanidad, que todavía está pendiente de configuración y de un desarrollo nor-

mativo y reglamentario, incluso de una dotación presupuestaria y administrativa mucho más completa y eficaz de lo que en este momento podemos nosotros tener conciencia.

Sí nos preocupa el alto nivel de irregularidades detectadas por la Administración en los mataderos de nuestro país. La diferencia que ha puesto de manifiesto entre las actuaciones positivas ofrecidas por las inspecciones en las granjas y en los mataderos, las irregularidades que se están poniendo de manifiesto permanentemente en algunas provincias españolas y la persistencia en nuestro país de mataderos irregulares, que no cumplen la normativa al completo, incluso de mataderos que están fuera del control de las administraciones, es una de las actuaciones prioritarias que, a nuestro juicio, debería efectuar nuestra Administración. Nos gustaría saber cuál es el grado de denuncias que han sido presentadas por la existencia de esos mataderos ilegales, de ese tráfico de alimentos fuera de lo que son las líneas habituales en este tipo de actuaciones.

Sobre lo que ha denominado autocontrol o riesgos que se ponen de manifiesto por primera vez en nuestro país, es evidente que habría que profundizar algo más en su explicación con respecto a ese programa prospectivo, a ese control de mercado. En qué medida están colaborando las administraciones autonómicas, en qué medida es un programa eficaz, en qué medida tiene cabida la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios, en qué medida están funcionando los sistemas de información de las corporaciones locales, de las comunidades autónomas, en qué medida toda esa estructura se pone en funcionamiento, en qué medida son receptores de esa información, y en qué medida se puede seguir actuando sobre este tipo de sustancias, aún desconocidas, pero que ya empiezan a estar presentes en muchas de las denuncias efectuadas por las organizaciones o por los particulares preocupados por esta cuestión. En especial el tema de las dioxinas presentes en algunos alimentos, no sólo en los alimentos, sino también en el medio ambiente de nuestras ciudades, y en algunas ocasiones sustancias emitidas por los propios centros sanitarios que en el tratamiento de sus residuos todavía no tienen los niveles de seguridad, control e inspección que serían de rigor en un país como el nuestro.

Ha terminado su intervención hablando de la persistencia todavía de escenarios inadmisibles en nuestro país en materia de salud pública y de intoxicaciones alimentarias. Hablar fríamente de datos, en el sentido de que podemos felicitarnos por el descenso del número de intoxicaciones registradas, que han descendido en los últimos años en términos absolutos, creo que no es el objeto de esta Comisión; no es tampoco esa imagen de satisfacción o esa imagen de autocomplacencia lo que esperan los ciudadanos de la actuación de nuestras administraciones. Usted tendría que suministrarnos datos sobre la incidencia real que ese número de intoxicaciones ha tenido, por ejemplo, en la mortalidad de los ciudadanos afectados, cuál ha sido el nivel de riesgo real de cada una de esas intoxicaciones, cuáles han sido las consecuencias cualitativas de estas intoxicaciones, porque, simple y llanamente, los criterios objetivos de las cifras podrían dar una imagen distorsionada de

la auténtica realidad. A nosotros nos gustaría conocer una valoración, mucho más en profundidad que las meras cifras, sobre si realmente puede haber disminuido el número de intoxicaciones —numéricamente consideradas—, porque tal vez estemos ante la aparición de intoxicaciones de carácter mucho más grave, de carácter mucho más importante, más relevante, desde el punto de vista de la seguridad de los ciudadanos y de su propia integridad física.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Frías Navarrete.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: En primer lugar, en nombre del Grupo Socialista, quiero agradecer la información y la presencia del Director General de Salud Pública.

El Grupo Socialista ha solicitado esta comparecencia porque considera que es fundamental que tanto el Parlamento como los ciudadanos conozcan la política que se está llevando a cabo en materia de control de alimentos. La calidad y la seguridad de los productos que consumimos nos preocupa a todos cada vez más. Vivimos en una sociedad donde la experimentación en este campo avanza velozmente. Esta semana podemos leer en una publicación la siguiente noticia: Los consumidores españoles podrán degustar dentro de poco carne de conejo mejorada genéticamente en laboratorio.

Señorías, la valoración que hacemos del sistema de controles y de la coordinación que se lleva a cabo por parte del Ministerio —controles, por supuesto, mejorables, como todo—, es positiva. No nos cabe la menor duda de que desde las distintas administraciones se están poniendo todos los medios para que los alimentos sean seguros y de calidad. Desde todas las administraciones, porque como saben SS. SS., en virtud del reparto competencial vigente, las tareas de inspección, control y, en su caso, sanción corresponden a los ayuntamientos y comunidades autónomas, en colaboración con la policía judicial; corresponde al Ministerio sólo la coordinación, la planificación de campañas, la información a través, por ejemplo, de la red de alerta, etcétera.

En este sentido, mi Grupo apoyará siempre que se actúe con el máximo rigor a la hora de aplicar sanciones a los que realizan fraudes o adulteraciones, tales como el citado de las vísceras de vacuno, que atenten contra la salud y la seguridad de los consumidores. Pero a excepción de problemas puntuales, como son los casos de sabotaje comercial, que son competencia de la policía judicial, cada vez es más difícil, cada vez son menos frecuentes los fraudes o adulteraciones, porque, tal y como acabamos de escuchar al Director General, tenemos en marcha todos los medios para impedirlos.

Quiero destacar, porque lo considero lo más importante, teniendo en cuenta, además, el reto de la calidad y la competitividad de nuestros alimentos y de nuestros productos en el ámbito europeo, la puesta en marcha del sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos, iniciativa en la que creo que nuestro país es pionero, iniciativa voluntaria para las empresas que lo ponen en marcha y que tiene como objetivo mejorar la calidad y la seguridad

de los productos, al analizar y prevenir posibles riesgos en el proceso de fabricación industrial, pudiendo tomar así medidas para evitarlo.

Nos gustaría conocer más datos sobre esta iniciativa y qué valoración hace su Ministerio de los productos en los que ya se ha efectuado y en qué otros productos se va a llevar a cabo.

Mi Grupo quiere expresarle el apoyo y la colaboración en todas las medidas que se adopten para proteger y mejorar la salud de los consumidores.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las cuestiones que SS. SS. han planteado en sus intervenciones, tiene la palabra el señor Director General de Salud Pública.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Francisco Polledo): Inicialmente contestaré al señor Burgos, del Grupo Popular, con dos apreciaciones o puntualizaciones previas. La primera es que si en algunos aspectos he sido parco en los datos, ha sido, sobre todo, para no abrumar a SS. SS., para no aburrirles, convencido de que este tipo de comparencias y que la Comisión vea estos temas debería ser algo que se repitiese con alguna asiduidad, porque no es razonable que los ciudadanos estén más preocupados por ellos que lo que pudiera estar el Parlamento. Por tanto, este Director ha tenido, sobre todo, una cierta intención de brevedad y de no cansar a SS. SS.

Después hay otra circunstancia que, lógicamente, el señor Diputado no puede apreciar puesto que no me conoce personalmente; soy tan intrínsecamente pesimista, vitalmente y en todos los aspectos, que ni siquiera en mi trabajo me puedo mostrar optimista, sean los resultados los que sean. Si hay algo de lo que no se me puede acusar es de ser optimista. Lo que ocurre es que el «Boletín Epidemiológico Nacional» pone unos datos y yo se los he transmitido a SS. SS.; esos datos dicen que el número de intoxicaciones alimentarias en los últimos tres años ha disminuido, a lo mejor a pesar nuestro, pero, en todo caso, ha disminuido. Es un dato y un juicio de valor.

La verdad es que España no tiene abierto ningún procedimiento en Bruselas por retraso en transposición de directivas relacionadas con el control alimentario y éste también es un dato, esto es así. No hay, por tanto, retraso. Nuestro cuerpo normativo es idéntico en todo al de los países de la Comunidad.

¿Se puede criticar la política de control alimentario que ha desarrollado la Comunidad? Hay aspectos que se pueden criticar y se puede hacer razonablemente, pero, en todo caso, desde luego, no hay peculiaridades entre lo que ocurre en España y lo que se ha desarrollado desde la Comisión de la Unión Europea.

Agradezco —y lo agradezco, además profundamente— la intervención del Grupo Popular apoyando la labor de coordinación que se ha hecho en el seno de la Comisión de Salud Pública; se ha hecho en temas referentes al control alimentario, pero se ha hecho también en otros aspectos que nada tienen que ver con el control alimentario. El escenario competencial que la Constitución, los estatutos de autonomía, la Ley General de Sanidad y otras disposicio-

nes, en definitiva, el escenario competencial que provoca el bloque normativo sanitario, genera en el campo de la salud pública una distribución de las competencias que, efectivamente, puede estar amenazada por distorsiones que generasen diferencias entre los ciudadanos y también, y eso sería muy grave, diferencias entre las presiones inspectoras a las que están sometidas las industrias en función del lugar geográfico en el que están radicadas. Evitarlo ha sido una verdadera obsesión de la Comisión de Salud Pública y yo saludo tanto que el señor Diputado tenga conocimiento de ello como su juicio favorable al respecto.

No me expliqué, evidentemente, con claridad cuando me referí a la red de alerta; citaba casi un 25 por ciento de notificaciones a la red de alerta que en ese período de cuatro años habían sido emitidas por la Unión Europea. Daba el dato simplemente para ilustrar el funcionamiento del mercado interior y hasta qué punto en estos momentos hay bastantes pocas diferencias entre lo que ocurre en Hamburgo y lo que ocurre en Burgos; pero en modo alguno quería decir que esas alertas hubieran sido dictadas por las autoridades comunitarias respecto a deficiencias en productos españoles. No, no se trataba de eso, era justamente todo lo contrario, han sido en todos esos casos alertas sobre deficiencias en productos procedentes de otro país y que podrían estar comercializándose en España; pero no, desde luego, alertas que, habiendo sido detectadas en otro país, procedieran de España.

El señor Diputado hace algunas referencias a la sanidad exterior pendiente de desarrollo. Yo entiendo que no; hay un Real Decreto del año 1986 que regula las competencias en sanidad exterior y después, justamente, una serie de transposiciones de directivas relativas a productos procedente de terceros países, de países no miembros de la Unión Europea. Por si fuese poco, en el seno del Ministerio de Economía funciona una Comisión, en la que está el Ministerio de Sanidad y Consumo también, relacionada con el control de todo tipo de productos, pero también de los alimenticios, en los puertos españoles. Yo no creo, puesto que si lo pensase lo rectificaría, que en sanidad exterior haya pocos recursos ni que esté pendiente de una normativa de desarrollo. Ahora, lo que debo señalar a SS. SS. es que la sanidad exterior hoy en día es una sanidad exterior que no tiene nada que ver con la de inspiración decimonónica del siglo anterior. Es en sanidad exterior tanto como, si en términos de defensa, nos planteásemos la defensa de un país desplegando el Ejército en las costas y en las fronteras; no es así como se defiende un país ni tampoco como se garantiza la seguridad en términos de sanidad exterior. Cada vez las cosas que se hacen en las fronteras son menos importantes, puesto que las cosas que hay que hacer son más sofisticadas y, por tanto, no compatibles con el tráfico que se produce en un aduana, y cada vez más la sanidad exterior está compuesta por actividades que se desarrollan puertas adentro de nuestras fronteras.

Sobre los mataderos tengo que decir que es un problema tradicional de nuestro país y lo va a seguir siendo durante algunos años. Es un problema que tiene unos orígenes muy concretos y específicos. Las leyes de régimen local han venido obligando durante mucho tiempo a que en

todos los municipios de más de 5.000 habitantes hubiese algún matadero. Esto ahora ya no es así, lo cual nos provoca una situación histórica con dos efectos: o existe el matadero en el municipio de 5.000 habitantes, en cuyo caso es, en la inmensa mayoría de las ocasiones, una instalación no rentable y que tiene enormes dificultades para subsanar las deficiencias que se presenten, o desaparece el matadero y, en ese caso, nos encontramos con un vacío en una situación que tiene algunos siglos de existencia. En esas situaciones y ante una ruptura con lo que ha venido siendo tradicional y constante, se produce y emerge el fenómeno de las matanzas clandestinas. No es un problema, contrariamente a lo que pudiera ocurrir, exclusivo de nuestro país; es un problema que, en muchas ocasiones, tiene circunstancias o derivaciones sanitarias, pero que en muchas otras —y debo señalarlo claramente— tiene sólo una relevancia desde el punto de vista estético. En todo caso, yo creo que estamos en el camino de que esa situación se supere, pero, desde luego, mentiría, y jamás he mantenido lo contrario, si dijera que la superación absoluta del problema se fuese a producir el próximo año; no. Venimos de una tradición de algunas décadas y, por tanto, esto nos llevará algún tiempo.

Sistema de autocontrol. Me gustaría que SS. SS. tuviesen acceso a la valoración, no a la que hago yo, sino a la que hace el propio sector industrial, absolutamente entusiasmado con la idea, absolutamente favorable a la iniciativa del Ministerio; han sido ellos lo que la han hecho posible, puesto que, por su propia naturaleza, nada conseguiríamos si no fuese con su colaboración.

Las dioxinas se conocen desde hace tres lustros y desde hace uno se especula con sus efectos nocivos para la salud. No es un tema específico. Recientemente, la Agencia Americana de Medio Ambiente se ha mostrado animada a incluir las dioxinas entre las sustancias cancerígenas y se ha producido una cierta controversia científica, pues las autoridades francesas opinan justamente lo contrario. Yo creo que, frente a las dioxinas, lo que corresponde es una actitud atenta, y ésta es la que venimos manteniendo. Hay muy pocos laboratorios en el mundo capaces de hacer determinaciones de dioxinas. Para que ustedes se hagan una idea, hay sustancias que se buscan en porcentajes, algunas que se buscan en tantos por mil; hay algunas, pocas, muy peligrosas, que se buscan en tantos por millón; hay muy poquitas, muy poquitas, que son tan peligrosas que se buscan en partes por billón y sólo hay unas, que son las dioxinas, que se buscan en partes por trillón. Esto creo que nos dará a todos una idea sobre qué estamos hablando. Nosotros, y ésta es una de esas veces en que un responsable público se puede mostrar orgulloso de responder una pregunta de una manera muy concreta, hace tres años que estamos preocupados por las dioxinas y mantenemos un convenio de colaboración con los únicos laboratorios que en España son capaces de hacer estas determinaciones, laboratorios dependientes del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y desde el año 1992 venimos realizando ritualmente análisis de dioxinas en alimentos españoles, muy poquitos; es muy difícil hacer más de 50 o 100 muestras al año y es muy difícil, después de haber hecho los

análisis, interpretarlos. Estamos trabajando en las dioxinas y, de momento, con los datos actuales que tenemos, no hemos encontrado nada. Por ejemplo, en las determinaciones que se han hecho sobre la leche, de momento, los niveles que se han encontrado son cien veces inferiores a los niveles con los que la Organización Mundial de la Salud viene especulando como potencialmente peligrosos. Es un problema el de las dioxinas que nos va a ocupar en los próximos años. A nosotros, de momento, además de ocuparnos, nos preocupa, y estamos haciendo lo que se puede hacer: obtener datos y poco más. Difícil es, aunque también —y tengo pendiente una entrevista con algún grupo ecologista—, trabajar para evitar la contaminación con dioxinas. Es verdad que la forma principal de acceso a las personas es la alimentación, pero no la única; también se contagia a través del medio ambiente. En cuanto a que no estén presentes en el medio ambiente, el problema es extraordinariamente complicado. La incineración de residuos, incluidos los residuos sanitarios, es una de las fuentes, pero hay otras muchas relacionadas con las industrias del cloro, con las industrias papeleras, etcétera. Yo creo que somos subsidiarios en el tema de las dioxinas y deberemos ser subsidiarios de lo que a nivel internacional se realiza.

Termino contestando al señor Burgos. Yo le insisto en que mi personalidad me impide ser optimista absolutamente con nada y tampoco con este asunto. Lo que ocurre es que ciertamente, las intoxicaciones alimentarias han descendido en los últimos tres años; no hago de eso una valoración positiva y, desde luego, no me atrevería en modo alguno a considerar que se debe a la gestión que nosotros podamos estar haciendo. Estamos hablando de un problema suficientemente insidioso como para que yo me tiente mucho la ropa antes de hacer una valoración de ese tipo, porque sé que la realidad me puede callar la boca esta misma tarde. Yo creo que nosotros tenemos el panorama un poco mejor que hace tres años y, además, en los últimos tres años, por las razones que sean, los datos son los que son y son que las intoxicaciones agrupadas en brotes han descendido.

Respecto a la intervención del Grupo Socialista, yo, de nuevo, le agradezco e incluso, si ello no fuese contra el uso parlamentario, animaría a que este tipo de comparecencias se repitiese con alguna periodicidad, porque entiendo que es muy importante que se pueda airear cuál es la política que se está haciendo en control de alimentos. Créame, me consta, tengo datos de que a los ciudadanos cualquier tipo de especulación, cualquier tipo de riesgo o cualquier tipo de inseguridad con los alimentos es algo que les produce una enorme zozobra.

Por tanto, pienso que el Parlamento debe estar informado al respecto y agradezco una vez más al Grupo Socialista esta solicitud.

Ha citado la señora Frías el rigor en las sanciones. Este es un asunto muy importante, pero que escapa totalmente de nuestro ámbito competencial, corresponde a las comunidades autónomas y, en menor medida, a los ayuntamientos, y es evidente que ése es un problema importante no tanto por el efecto que provoca la acción represiva, sino por un fenómeno de supervivencia. Un inspector que, des-

pués de realizar una detección y levantar un acta, no compruebe que su acción se traduce en algún tipo de sanción, es evidentemente un inspector que la siguiente actuación la hará más relajado y la siguiente más relajado y la siguiente más relajado. Por tanto, estoy totalmente de acuerdo con ese aspecto.

Agradezco la diferencia, que no siempre se hace, que hay entre lo que es el control alimentario y lo que es enfrentarse con sabotajes alimentarios, detrás de los cuales, en muchas ocasiones, hay verdaderos casos policiales y que no corresponde a las autoridades sanitarias ni al sistema de salud evitarlos, sino que es, pura y llanamente, una acción de policía contra delincuentes comunes.

Por último, el sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos. Le puedo garantizar que es un asunto en el que insisto, también sin ningún tipo de optimismo pero constatando y dando fe de una realidad; es algo que los ensayos españoles están haciendo en este momento en mayor medida que sus homónimos de otros países; es algo fundamental que nuestras industrias se caractericen y se asocien con este tipo de sistemas de autocontrol, ya no tanto por las garantías que puede dar para los consumidores, que también, como por el prestigio internacional que eso genera, y nuestra industria agroalimentaria ha sido una industria necesitada de tener un buen nombre y de tener una imagen absolutamente clara y transparente; que lo están haciendo; que tenemos por lo menos doce sectores, los más importantes dentro del sector cárnico, del sector lácteo, del sector alimentos infantiles, etcétera, incluidos en el programa; que la valoración es muy positiva y que tenemos unas perspectivas, yo creo, bastante favorables para que se siga implantando y desarrollando.

Eso es todo, señorías.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias al señor Director General de la Salud Pública, a quien despedimos de esta Comisión.

— **DEL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO (SEVILLA PEREZ), PARA INFORMAR ACERCA DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000701.)**

La señora **PRESIDENTA**: Comparecencia del Director General de Planificación y Aseguramiento, don Francisco Sevilla Pérez, para informar acerca de los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud.

Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Damos la bienvenida al señor Director General de Planificación y Aseguramiento a esta Comisión y, para presentar el objeto de la comparecencia, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Sabaté Ibarz.

El señor **SABATE IBARZ**: Muy pocas palabras porque creemos que la necesidad o la conveniencia de esta comparecencia se justifica por sí sola.

Se trata de una encuesta a la que han respondido más de 25.000 ciudadanos españoles respecto a preguntas mediante las que expresan cuál es la percepción que tienen sobre su salud.

Por tanto, esperamos las palabras de don Francisco Sevilla, a quien agradecemos de antemano su comparecencia y, en todo caso, al final haremos nuestros comentarios y las preguntas pertinentes.

La señora **PRESIDENTA**: Cuando quiera, tiene la palabra el señor Director General de Planificación y Aseguramiento.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO (Sevilla Pérez)**: Gracias, señora Presidenta, al igual que a todos ustedes y especialmente al Grupo Parlamentario Socialista por solicitar la comparecencia de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación para presentarles los primeros resultados, o los más importantes, de la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 1993.

Como saben todos ustedes, la salud hoy en día se considera como el resultado de una serie distinta de variables: variables vinculadas a factores biológicos, variables que están ligadas a factores del medio ambiente, variables que están ligadas a los estilos de vida de los ciudadanos y variables ligadas a la actuación de los servicios sanitarios.

Para conocer el estado de salud de la población se necesitan múltiples sistemas de información y hay uno de ellos que nos parece absolutamente fundamental, que es saber cómo los ciudadanos perciben su estado de salud, cómo consideran que se encuentran, qué hábitos de vida están desarrollando y cuál es la utilización de servicios que hacen. Todo ello es lo que el Ministerio de Sanidad y Consumo pretendió al poner en marcha, por primera vez en la historia de España, la Encuesta Nacional de Salud en el año 1987 y que, como saben todos ustedes, se publicó en el año 1989.

Pasados seis años de aquella Encuesta Nacional de Salud se decidió repetir la encuesta en el año 1993, con unas características muy similares, para saber cómo estábamos en ese momento y cuáles son las orientaciones que, a partir de la percepción de los ciudadanos sobre su salud, podemos dar hacia los servicios sanitarios y hacia los responsables de la gestión de estos servicios sanitarios para que puedan tener criterios objetivos de orientación de esos servicios, teniendo en cuenta que la encuesta es un elemento que consideramos imprescindible, pero que no es el único elemento para conocer el estado de salud y que además tiene las limitaciones que toda encuesta conlleva.

En ese sentido, les voy a presentar lo que son los primeros resultados o los que, en nuestra opinión, son más relevantes.

La encuesta es tremendamente amplia. Esta es la publicación de 1987, que me imagino que tendrán todos ustedes y si a alguien le interesa se la podríamos hacer llegar, que

salió en el año 1990, como les he dicho. Espero que a finales de este año o principios del siguiente tengamos ya a disposición de todos los ciudadanos la publicación sobre las tablas y los resultados de la Encuesta Nacional de 1993, pero sepan también y tengan la seguridad de que la disponibilidad de la encuesta para poder hacer las explotaciones que se consideran más adecuadas es algo que se está haciendo. Por tanto, al igual que en este momento se siguen haciendo explotaciones de la encuesta del año 1987, durante la vigencia de la encuesta de 1993 se realizarán múltiples explotaciones. Por tanto, hasta que no se hayan explotado convenientemente, se hayan analizado y se hayan interpretado los datos, será difícil poder hacer una valoración sobre ella.

En este sentido, además de hacer la encuesta mediante convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas, también estamos haciendo las explotaciones de la encuesta mediante convenios con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Se está terminando una explotación sobre el análisis de la cobertura, se está planteando otro convenio con el Consejo para el análisis de la utilización de servicios, etcétera. Es decir, la encuesta es un material de trabajo importantísimo para poder planificar la actuación de los servicios sanitarios.

Igualmente la encuesta y su base de datos se han puesto a disposición de todas las comunidades autónomas para que puedan analizar cuál es la situación derivada de los datos de esta encuesta en su comunidad y puedan tener igualmente elementos de referencia.

Si me permiten ustedes, voy a utilizar el proyecto de transparencias porque me parece que así es más fácil poderles presentar estos resultados, que en definitiva son tablas sobre la Encuesta Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, dado que para la presentación de transparencias el señor Sevilla Pérez no va a disponer de micrófono, rogaría una vez más extremen el silencio en la sala.

Muchas gracias.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO** (Sevilla Pérez): Trataré de elevar el tono de voz.

Vemos aquí (**Señalando la pantalla donde se proyectan las transparencias.**) cuáles son las materias de la Encuesta Nacional de Salud. Podemos agruparlas en cuatro grandes grupos, que son: el estado de salud percibida por los ciudadanos, la utilización de servicios que hacen estos ciudadanos, los hábitos de ellos y la realización de actividades preventivas, todo ello con unas variables de control que son la edad, el sexo, la comunidad, la educación, el hábitat, la ocupación y el «status» socioeconómico.

En esta transparencia tienen ustedes reseñadas aquellas materias que ha estudiado la encuesta y que son nuevas en relación con la de 1987, es decir, en la encuesta de 1987 no estaban incluidas y se han incluido en la de 1993.

Dentro del estado de salud, está la valoración subjetiva del estado de salud, los accidentes, las enfermedades crónicas, las limitaciones de la actividad y el autovalimiento

de los ciudadanos, que es un aspecto nuevo introducido en la encuesta de 1993.

La utilización de servicios no contempla ninguno nuevo. Los hábitos de vida tampoco.

En las actividades preventivas se han introducido tres aspectos que nos parecían tremendamente importantes: cuál es el conocimiento del calendario de vacunación infantil por parte de los adultos responsables, normalmente de los padres; cuál es el control ginecológico fuera del embarazo y el parto, es decir, el control que se realiza de forma preventiva por parte de las mujeres atendiendo al ginecólogo, y cuál es el impacto de las vacunaciones antigripales que, como saben todos ustedes, empezaron a hacerse de forma masiva a partir del año 1989 por diferentes servicios de salud y diferentes ayuntamientos.

En cuanto a las variables de control, se introdujo el «status» socioeconómico, por ser una variable que nos parecía importante a la hora de poder realizar cruces para conocer cuál era el estado de salud de la población.

La encuesta se ha hecho a través de un muestreo por comunidades autónomas, habiéndose realizado 21.120 entrevistas a adultos y 5.280 a niños. Esto supone una diferencia con respecto a la encuesta nacional de 1987, en la cual, como pueden ver en la publicación, la muestra era más amplia, ya que el objetivo que se perseguía era buscar resultados significativos a nivel provincial, que fue el problema que presentó, puesto que no en todas las provincias se obtuvieron resultados significativos a nivel provincial. Parecía más razonable, de acuerdo con la configuración del Estado y con las competencias de la Ley General de Sanidad, buscar una representatividad de los resultados a nivel de comunidades autónomas, y así ha sido como se ha diseñado la encuesta de 1993 que, en definitiva, ha entrevistado a más de 26.000 personas en todo el territorio nacional para conocer las diferentes materias que hemos analizado.

¿Cuál es, globalmente, la valoración del estado de salud que hacen los ciudadanos españoles? Aquí (**Señalando la diapositiva proyectada en la pantalla.**) aparece la comparación entre la valoración correspondiente a los años 1987 y 1993, y quería decirles que, en algunas de las materias estudiadas, la comparación entre el año 1987 y el año 1993 (aunque ustedes la tendrán cuando esté la publicación disponible) hay que tamizarla, porque el momento en que se produce la encuesta es diferente: una se hizo en el mes de febrero y la otra se hizo durante un mes de verano; por tanto, las preguntas relativas al consumo de medicamentos en los últimos 15 días es tremendamente variable, por la incidencia temporal. Lo mismo puede ocurrir en cuanto a la utilización de determinados servicios, etcétera.

En relación con el estado de salud, como ven ustedes, no existe prácticamente variación entre los datos que aparecen en la encuesta de salud de 1987 y los que aparecen en la de 1993. El 68 por ciento de los ciudadanos consideran su estado de salud bueno o muy bueno; el 24 por ciento, regular, y un siete por ciento de los ciudadanos considera malo o muy malo su estado de salud. Estado de salud que, si lo analizamos por edad y sexo, nos da los datos conocidos en los países de nuestro entorno económico y

social, que han sido publicados en España, a través de estudios particulares, o a través de encuestas realizadas por alguna comunidad autónoma o por algún ayuntamiento y que, además, se corresponden con lo que un análisis lógico nos puede decir. La percepción del estado de salud empeora con la edad, de tal manera que un 89 por ciento de los ciudadanos de cero a 15 años consideran su estado de salud muy bueno, mientras que el 42 por ciento de los varones mayores de 74 años consideran su estado de salud muy bueno; el 44 por ciento, regular, y el 14 por ciento, malo o muy malo. En mujeres ocurre exactamente lo mismo en relación con la edad, y en la comparación entre varones y mujeres, que es la que aparece en el grupo de arriba y en el grupo de abajo (**Señalando en la diapositiva proyectada en la pantalla.**), en general en todos los grupos de edad es mejor la percepción, en algunos casos de forma significativa y en otros no, del estado de salud por parte de los varones que por parte de las mujeres.

La valoración del estado de salud en la población de más de 16 años, por «status» social, también nos muestra las diferencias descritas, que se conocen perfectamente y a las que me refería al principio; es decir, el estado de salud de una población es el resultado de una conjunción de factores, entre los cuales el factor socioeconómico, el nivel educativo, etcétera, son tremendamente importantes. Como ven (**Señalando nuevamente la transparencia proyectada en la pantalla.**), los ciudadanos que tienen un «status» acomodado (medio alto o medio medio) tienen una percepción mejor de su salud que aquellos que tienen un «status» medio bajo o bajo. El porcentaje de muy bueno baja de niveles superiores al 14 por ciento hasta el ocho por ciento e igual pasa en los porcentajes de bueno, y al revés sucede en los otros niveles.

Otra materia de estudio es la relativa a los accidentes: qué población ha tenido accidentes en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta. Como ven ustedes (**Señalando la transparencia proyectada en la pantalla.**), se recogen los datos de 1987 y 1993 (les recuerdo la salvedad que les hice anteriormente), y en los correspondientes a 1993 aparece que el ocho por ciento de los ciudadanos encuestados habían tenido un accidente y el 90 por ciento no habían tenido ninguno.

La encuesta se refería a los accidentes que ese ocho por ciento de ciudadanos habían sufrido en el último año, pero para buscar mejor recuerdo se les preguntaba cuál había sido el último y dónde había tenido lugar. Los datos obtenidos ponen de manifiesto que el mayor porcentaje de accidentes, globalmente, se produce en casa, fundamentalmente en las escaleras, y en cuanto a los producidos en el trabajo o en el lugar de estudio, lógicamente el mayor porcentaje se da en los niños, ya que el 32 por ciento de los niños que tienen accidentes los sufren en el lugar de estudio. Los accidentes de tráfico en calle o carretera representan el 33 por ciento en los adultos, y en la calle, sin ser accidentes de tráfico, representan el 16 por ciento. También aparece un apartado con el título de «Otros», que refleja un 10 por ciento de accidentes en adultos y un ocho por ciento en los niños.

¿Qué tipo de asistencia se requirió cuando se presentaron accidentes o en caso de accidentes de tráfico? La pri-

mera parte que aparece aquí (**Señalando una vez más la diapositiva que se proyecta en la pantalla.**) se refiere a todo tipo de accidentes y la siguiente es la correspondiente a los accidentes de tráfico. De los ciudadanos que tuvieron todo tipo de accidentes, un 20 por ciento de ellos no precisaron ninguna actuación por parte de los servicios sanitarios, un 24 por ciento acudió a un médico, un 45 por ciento a un centro de urgencias y un ocho por ciento tuvo que ser ingresado en un hospital. En el caso de los accidentes de tráfico esto varía significativamente, fundamentalmente en lo que se refiere a los ingresos en hospitales, que pasa de un ocho por ciento de ciudadanos que ingresaron en un hospital a un 14 por ciento que precisaron ingreso en un hospital como consecuencia del accidente de tráfico.

La siguiente materia estudiada era la relativa a las enfermedades crónicas. Como saben ustedes, el patrón de morbi-mortalidad en el Estado español es el patrón que corresponde a los países desarrollados, en el cual las enfermedades crónicas juegan un papel muy importante, a lo que lógicamente se une el envejecimiento de la población. ¿Cuáles son las enfermedades crónicas más diagnosticadas en la percepción del ciudadano? Porque es el ciudadano el que nos dice qué se le ha diagnosticado, no es un diagnóstico de salud en función de conocer la historia clínica, etcétera, sino aquello que el ciudadano conoce que se le ha diagnosticado. Las más frecuentes son la hipertensión arterial, el colesterol alto, la diabetes, la bronquitis crónica, enfermedades del corazón, úlcera de estómago y alergias, teniendo la mayor parte de ellas, excepto la alergia, un patrón que corresponde a su cronicidad y que va muy ligado a las variables demográficas en las que el país se está moviendo.

Una de las materias nuevas incluidas en la encuesta de 1993, que no aparece en la de 1987, es la relativa al autovalimiento en ciudadanos mayores de 65 años. Esta es una materia que nos parece transcendental para la orientación de los servicios sanitarios y, fundamentalmente, para la orientación de los cuidados que las personas mayores van a precisar. ¿Cuál es la dificultad de autocuidados que tienen estas personas mayores de 65 años? Como podrán apreciar, aparecen tres niveles (**Señalando la diapositiva proyectada en la pantalla.**): una barra representa el porcentaje de mayores de 65 años que tienen alguna limitación, la línea azul se refiere a aquellos que además de tener alguna limitación precisan ayuda para realizar ese cuidado y la línea verde a aquellos que no sólo precisan ayuda sino que tampoco pueden valerse, es decir, que necesitan que se lo haga alguna persona. El cinco por ciento de estos ciudadanos tienen dificultad para preparar su desayuno, el ocho por ciento para preparar la comida, un seis por ciento para tomar sus medicinas, siendo el factor más significativo el representado por el 21 por ciento de los mayores de 65 años que tienen dificultades para cortarse las uñas de los pies y el 11 por ciento para bañarse o ducharse. Precisan ayuda unos porcentajes del 12 por ciento para cortarse las uñas y un 9 por ciento para ducharse o bañarse.

No solamente los mayores de 65 años tienen dificultades para realizar algunas actividades sino que presentan dificultades de movilidad, que se valoraron a través de estas

cinco preguntas: cómo coger autobús/metro, andar con/sin bastón, levantarse/acostarse, subir diez escalones y andar durante una hora. El 19 por ciento de los mayores de 65 años tienen limitaciones para poder pasear durante más de una hora, o un 15 por ciento para coger el autobús o el metro y un 10 por ciento de ellos precisan ayuda para coger esos medios de transporte.

El siguiente grupo de materias era sobre la cobertura sanitaria y la utilización de servicios sanitarios. ¿Cuáles son los datos de cobertura sanitaria en España en el año 1993 en relación con 1987? Como ven ustedes (**Señalando la transparencia en la pantalla.**), hay dos grupos, uno en el que se compara 1987 con 1993. Si hacen la suma, asciende a más de cien, puesto que están incluidos los solapamientos en la doble cobertura que tienen algunos ciudadanos españoles. Esta es la cobertura exclusiva en 1993. De 1993 a 1987 se ha incrementado —creo que es el factor diferencial más importante— la cobertura por Seguridad Social, ha disminuido claramente la cobertura por beneficiencia y ha descendido algo la cobertura por las mutualidades del Estado, tanto de aquellos ciudadanos que eligen Seguridad Social como de los que eligen seguro privado. La cobertura sanitaria con financiación pública alcanza, como mínimo, según los datos de la encuesta de 1993, al 98,5 por ciento de la población.

¿Cómo se distribuye esta cobertura en el territorio nacional? La distribución de la cobertura en el territorio nacional es la que tienen en este gráfico. (**Señalándolo en la pantalla.**) Aquí hablamos de la cobertura exclusiva por Seguridad Social, y por Seguridad Social como entidad que cubre el riesgo. Por lo tanto, no están incluidos aquellos ciudadanos que son atendidos por Seguridad Social, porque están en una mutualidad y eligen Seguridad Social; estamos hablando de cobertura. Como ven, la mayor parte del territorio nacional tiene una cobertura superior al 86,5 por ciento, exclusiva por Seguridad Social. Hay tres comunidades autónomas en las que es inferior al 81 por ciento (siempre superior al 75 por ciento), que son Madrid, Cataluña y Baleares; luego, la Comunidad Autónoma de Aragón, que tiene una cobertura entre el 80 y el 86 por ciento exclusiva por Seguridad Social.

Cobertura por seguros médicos privados, también cobertura exclusiva, que tienen ustedes en el gráfico (**Señalándolo en la pantalla.**), que lógicamente se corresponde con el que hemos presentado anteriormente. En la mayor parte del territorio existe cobertura por seguros privados, que oscila entre el 0,7 y el 1,3 por ciento de la población. En este color amarillo (**Indicándolo en el gráfico en la pantalla.**) que tiene la mayor parte de las comunidades autónomas. Hay dos comunidades autónomas que tienen por debajo del 0,6 por ciento, la Comunidad Autónoma de Galicia y la de Cantabria, y tres comunidades autónomas que tienen mayor cobertura exclusiva por seguros privados, Madrid, Murcia y Baleares, sin llegar en ningún caso al 3 por ciento de la población con esta modalidad exclusiva de cobertura.

Cobertura total por seguros médicos privados. Aquí ya se incluyen los que tienen cobertura exclusiva y ciudadanos que tienen duplicidad de cobertura. La mayor parte del

territorio presenta unos niveles de doble cobertura, cobertura por seguros médicos privados, inferior al 6,4 por ciento, siendo la Comunidad Autónoma de Extremadura la que menos tiene. Hay tres comunidades autónomas, lógicamente las tres que tenían menos cobertura exclusiva por Seguridad Social, Madrid, Cataluña y Baleares, que son las que tienen unos niveles mayores de cobertura total por seguros médicos privados: entre el 11,5 y el 18,3 por ciento de la población.

En la utilización de servicios, la primera materia que se pregunta es si han consultado al médico en los últimos quince días, por edad y sexo. Se observa que, por edad, lógicamente aumentan las curvas de frecuentación, que están perfectamente descritas; se consulta más en las edades primeras de la vida y se vuelve a consultar más en edades avanzadas. Normalmente consultan más las mujeres que los hombres. Esta es una curva de frecuentación a los médicos habitualmente.

¿Qué ciudadanos refirieron que habían precisado ser hospitalizados en los últimos doce meses? En la Encuesta Nacional de 1987, el 7 por ciento de los ciudadanos habría precisado hospitalización en los últimos doce meses, y en la encuesta de 1993 igual número de ciudadanos: un 7 por ciento de los ciudadanos habrían precisado ser hospitalizados en los últimos doce meses.

Las visitas al servicio de urgencias presentan una pequeña variación. Hago la salvedad que les he venido haciendo de los diferentes momentos de la encuesta, aunque ésta es el recuento del año anterior. El 12 por ciento de los ciudadanos habían precisado atención en un servicio de urgencias en el año 1987 y el 14 por ciento había acudido a ese servicio de urgencias en el año 1993 o, más que en el año 1993, en los últimos doce meses antes de hacerse la encuesta, que se realizó en el mes de febrero de 1993.

Si analizamos la hospitalización de los ciudadanos y las urgencias con la variable de «status» social, vemos un aspecto que me parece absolutamente importante: que no existen en el sistema sanitario español barreras de acceso a los servicios sanitarios por «status» social. Como conocen ustedes, está perfectamente descrito, incluso tiene nombre de ley, la ley de Say, que en los servicios sanitarios utilizan más servicios aquellos que menos los necesitan porque tienen problemas en el acceso. El sistema sanitario español ha conseguido romper esta ley porque permite un acceso independientemente del «status» social de los ciudadanos y acuden más aquellos que tenían una peor percepción de su estado de salud. Igualmente, en cuanto al número medio de ingresos, pueden ver que el 7 por ciento de los ciudadanos es una cifra inferior a la frecuentación que tenemos de las encuestas de morbilidad: aproximadamente el 9 ó el 9,5 de los ciudadanos acuden a la hospitalización y es debido a que los ciudadanos reingresan por diferentes motivos.

El consumo de medicamentos por edad presenta esta gráfica (**Indicándola en la transparencia de la pantalla.**) que lógicamente coincide con los patrones de morbi-mortalidad que hemos visto, con los patrones de morbilidad y con los de enfermedades crónicas. Consumen más medicamentos, aunque sea la pregunta referida a los últimos quince días, según avanza la edad, de manera que el 77 por

ciento de los ciudadanos de más de 74 años habían consumido algún medicamento en esos últimos quince días.

¿Qué tipos de medicamentos consumen los ciudadanos? En los últimos quince días, la mayor parte de los medicamentos que se han utilizado coinciden con aquellas enfermedades crónicas que los ciudadanos referían que padecían, excepto la más significativa aquí: las medicinas para el catarro. Les recuerdo que la encuesta se hizo en el mes de febrero, por lo que se han utilizado medicinas para el catarro en los últimos quince días, igual que las medicinas para el dolor y/o bajar fiebre. Aparte de éstos, los medicamentos más consumidos son las medicinas para la tensión. Les recuerdo que era la enfermedad crónica más diagnosticada según referían los ciudadanos en la encuesta.

¿Cuál es el motivo de consultar al dentista, según la Encuesta Nacional de Salud? Los motivos no son iguales, lógicamente, para los niños que para los adultos. Sin embargo, el más frecuente, tanto en niños como en adultos, es el empaste de muelas y luego la extracción de alguna pieza dental. El 22 por ciento de los adultos habían consultado también para realizarse limpieza de boca y, en el caso de los niños, un 38 por ciento habían acudido al dentista para hacerse revisiones de su dentadura.

Entramos en otro de los bloques de la Encuesta Nacional de Salud, que es el conocimiento o la actuación de las actividades preventivas. Ya les decía que se habían introducido algunas materias nuevas en la encuesta de 1993, una de ellas el conocimiento sobre las vacunaciones recomendadas en niños menores de seis años, y cuál es el conocimiento que tienen los responsables adultos sobre el calendario vacunal de cada una de las que se ponen. Como ven ustedes (**Señalando la transparencia proyectada en la pantalla.**), el conocimiento es bastante alto, siendo el más bajo el de las paperas, con un 61 por ciento, mientras que el de la polio alcanza al 94 por ciento del conocimiento por parte de los adultos.

Otra actividad que se había introducido era la visita al ginecólogo por grupos de edad, visita que, como he dicho, está fuera del embarazo y el parto y que se dirige fundamentalmente al conocimiento y seguimiento de las actividades preventivas. Como vemos, la mayor incidencia de visita al ginecólogo se produce precisamente en aquellos grupos de población a los que se dirigen las enfermedades preventivas del cáncer, etcétera, como son los grupos de edad entre los 25 a 64 años y el de 45 a 64 años.

En cuanto a la vacunación antigripal, los colectivos a los que se dirigen las campañas son fundamentalmente el de enfermedades crónicas y el de mayores de 65 años. Como vemos, el 46 por ciento de los ciudadanos de entre los 65 y 74 años se ponen la vacuna antigripal, y el 55 por ciento de aquellos de más de 74 años, con lo cual las campañas de vacunación antigripal están alcanzando a aquellos colectivos para los cuales se han desarrollado.

En relación con el consumo de tabaco, les muestro los datos de la encuesta de 1993. En comparación con la encuesta del año 1987, se ve una discreta disminución en el número de fumadores, incrementándose los que nunca han fumado y el número de ex-fumadores.

¿Cuál es la tipología del consumo de tabaco? En la encuesta de 1993 y la que se desprendía de los estudios que se realizaron en el año 1989 sobre los estilos de vida de la población adulta española el número de no fumadores ha disminuido un punto; prácticamente se mantiene. Fumadores moderados, de uno a 10 cigarrillos al día, el 11 por ciento de la población; fumadores habituales, de 11 a 20 cigarrillos al día, han bajado del 17 al 15 por ciento; fumadores altos, es decir, de 21 a 40 cigarrillos al día, han bajado del 6 al 5 por ciento. Y de fumadores pesados (**Rumores y risas.**), es decir, aquellos que fuman más de 40 cigarrillos al día no parece que haya ningún ciudadano en el año 1993 que haya preferido encontrarse en esa categoría. (**Siguen los rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, por favor, les ruego guarden silencio. El señor Sevilla no ha querido decir que esta Comisión sea la más pesada de la Cámara, aunque en sentido figurado quizá lo hayamos entendido así. (**Risas.**) Guarden silencio, por favor.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO** (Sevilla Pérez): Les presento la tipología del consumo de alcohol, sobre lo que también comparamos los resultados de la encuesta de 1993 con la de 1989. Se consideran abstemios, es decir, que no prueban el alcohol, el 33 por ciento de los ciudadanos, y hemos incrementado a un 39 por ciento. Bebedores ligeros, es decir, hasta 125 centímetros cúbicos de alcohol puro a la semana, han disminuido del 43 al 41 por ciento. Bebedores moderados, un 14 por ciento de la población. Los bebedores altos han disminuido de un 4 a un 2 por ciento y han disminuido de forma muy importante los bebedores excesivos, que han pasado del 7 al 2 por ciento de la población.

Para terminar, quisiera presentarles la última materia analizada en la encuesta, que es la realización de ejercicio físico por «status». Es imprescindible analizarla por «status social», puesto que hay que poner en correlación qué ejercicios se realizan en la actividad principal y el ejercicio que se realiza en el tiempo libre. Lógicamente, caminar, trabajos pesados, fundamentalmente éstos, los hacen más los que se consideran «status» medios bajos y bajos, y trabajos sedentarios, también mucho menos los que están en «status» medios bajos y bajos. Eso tiene su correlación con el ejercicio en tiempo libre, en el cual en los «status» altos el 40 por ciento no hace ninguno y, en cambio, en los «status» bajos hacen el 68 por ciento, y de forma regular o frecuente hacen un 4 o un 2 por ciento ejercicio.

En definitiva, éstos son los principales resultados en los cuales ya les digo que la consideración de toda la capacidad que nos permite la encuesta son análisis que se están realizando bien por las entidades e instituciones científicas que lo han solicitado, por las comunidades autónomas que tienen los datos disponibles y por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para lo cual se están realizando algunos convenios con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas para su análisis.

Con esto termino. Les agradezco su atención, lamentando que alguien se haya podido sentir molesto con algunas de las explicaciones, y quedo a la disposición de SS. SS. para responder a sus preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General de Planificación y Aseguramiento.

Además del Grupo solicitante de la comparecencia, ¿grupos que desean intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Sabaté Ibarz.

El señor **SABATE IBARZ**: En primer lugar, quiero resaltar otra vez la importancia de esta encuesta, sobre todo teniendo en cuenta que ya es la segunda. Quizás, a pesar de ello, será necesario esperar a otras encuestas para poder establecer comparaciones más fiables. El hecho de que hasta el momento dispongamos solamente de dos encuestas nos hace pensar que la comparación todavía tiene aspectos relativos y, en la medida en que en el futuro exista mayor número de encuestas, nos ofrecerán mayores posibilidades para comparar la evolución de la opinión de los ciudadanos españoles en cuanto a la percepción que tienen de su salud.

A pesar de ello, creo que se desprende de los resultados que nos ha ofrecido el Director General que la percepción que tienen los ciudadanos de su salud es satisfactoria. Yo no sé si se dispone también de otros estudios en otros países para poder hacer una comparación que nos permita afirmar que estamos a unos niveles equiparables. Esta sería quizá la primera pregunta para el Director General, y supongo que no hay otra forma de ver los resultados absolutos en nuestro país más que comparándolos con los de otros países, como decía.

También se desprende de las comparaciones que se han hecho respecto a la encuesta que se realizó en 1987 que la percepción que tienen los ciudadanos sobre aspectos concretos ha mejorado. No sé si ésta es también la valoración del Director General. Quisiéramos saber, por lo menos en parámetros que hemos podido observar en las diapositivas, la valoración del estado de salud general. La primera o segunda diapositiva que nos ha ofrecido creo que decía que la gente que piensa que su estado de salud es bueno o muy bueno es un 68 por ciento de media. Entendemos bien que este dato es la media, porque, en función de la edad (evidentemente, desciende a mayor edad), peor percepción de salud, pero en conjunto la media creemos que es muy aceptable.

Al mismo tiempo, las campañas preventivas (esto quizá sería otro comentario necesario) ¿hasta qué punto son asumidas por la población? Hemos visto algunos parámetros que se nos han ofrecido, que en principio nos harían pensar que estas campañas preventivas, tanto por el conocimiento que tienen los ciudadanos como por los consejos que se desprenden de las mismas, son asumidas, pero quisiéramos que el Director General nos hiciera también algún comentario al respecto.

Otra cuestión que no ha salido y no sabemos si está contemplada —esperaremos a la publicación de los datos tota-

les de la encuesta— sería si territorialmente se observan diferencias respecto a la valoración subjetiva que hacen los ciudadanos.

Otro comentario quizá necesario sería cómo los servicios del Ministerio asumen luego estos resultados para poder planificar tanto los servicios como las campañas preventivas que deben realizarse, en qué medida influyen y cómo lo integran luego en los trabajos de planificación.

Finalmente, no sé si también podría establecerse una comparación entre los datos subjetivos, las impresiones que tienen los ciudadanos, con los datos objetivos de que dispone el Ministerio.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Director General de Planificación, gracias por su intervención y por los resultados que nos ha comunicado que, si no he entendido mal, podremos conocer más en detalle a través de una próxima publicación.

Como bien decía el portavoz del Grupo Socialista, ésta es la segunda encuesta que se realiza. La pregunta inevitable es para qué va a servir, si va a servir para lo mismo que la anterior. Es decir, no está mal, siempre ilustra saber qué percepción tienen los ciudadanos de su estado de salud por clases sociales, por comunidades autónomas, etcétera. Ahora, lo lógico es que la encuesta, junto con otros indicadores de salud, sirva para la confección de ese plan integrado de salud, que será el único —y con esto me permito responder parcialmente a las preguntas del señor Diputado socialista— que tendrá indicadores, objetivos, criterios de evaluación, supongo, como cualquier plan, y que permita tanto planificar la ordenación de los servicios sanitarios como, lo que me parece a mí más importante, su contenido de trabajo. Es decir, en el convencimiento que supongo que compartimos todos de que la existencia de un presupuesto tan importante como el de la sanidad pública no tiene otro sentido en sí mismo que contribuir a mejorar la situación de salud de los ciudadanos.

En relación con este tipo de preocupación me permitiría preguntarle cuál ha sido el coste de realización de esta encuesta.

Quería realizar también algún comentario y alguna pregunta con respecto a la interpretación que ha hecho el señor Director General de Planificación acerca de las variables que condicionan el estado de salud de la población, expresándole mi preocupación porque usted ha hablado de variables biológicas, de variables medioambientales, de estilos de vida y de la propia intervención de los servicios sanitarios. No ha mencionado en ningún momento lo que en cualquier manual de salud pública aparece como el principal condicionante de la salud de la población, que son los factores socioeconómicos, tan directamente relacionados con la valoración que la Organización Mundial de la Salud hace insistentemente de la intervención de los Estados en la consecución de los —ya, por otra parte, parece que medio olvidados— objetivos de salud para el año 2000, y que recuerdo que el primero de los cuales era la

disminución en un 25 por ciento de las desigualdades sociales en materia de salud para los diferentes países.

Quería comentarle también que me ha sorprendido, y por tanto le pregunto cuál es la razón, que no hayan aparecido dos elementos que, a mi juicio, deberían formar parte de una encuesta de autopercepción de la situación de salud. Uno de los aspectos es todo lo relativo a la actividad sexual, incluida la utilización de métodos de planificación familiar, y el otro el consumo de drogas, ya que el consumo de drogas y su relación con las enfermedades infecciosas es evidente. Por tanto, me ha sorprendido que eso no haya aparecido en la encuesta de 1993.

Me ha sorprendido también que relacionara la visita al ginecólogo, por otra parte en las edades fértiles de las mujeres, con la realización de actividades preventivas, que es un aspecto que desgraciadamente en nuestro sistema sanitario público todavía dista mucho de estar extendido, ni mucho menos, a la mayor parte de las mujeres. Ya quisiera yo que pudiera deducirse de una visita de las mujeres al ginecólogo en esas edades que la causa fuera la realización de los preceptivos controles previstos en los programas de salud de la mujer.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Gracias, señora Maestro.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: En primer lugar, y como cuestión de orden, sí me gustaría expresar una cierta sorpresa por el cambio constante de criterio que se produce en estas comisiones en relación con el orden de las intervenciones, puesto que a nuestro Grupo le parece lógico, y cree que así figura en el reglamento, que quien solicita la comparecencia debe ser el primero en intervenir, y esa situación no se ha producido en la comparecencia anterior. Por tanto, he de rogar a la Presidencia que, en la medida de lo posible, que yo creo que es siempre, se mantenga el mismo criterio en el orden de los grupos que tienen que intervenir.

Pasando al objeto de la comparecencia, decía el portavoz del Grupo Socialista que la necesidad de esta comparecencia se explicaba por sí sola. Lo que no se explica en ningún caso por sí solo es que ninguno de los grupos, o al menos el Grupo Parlamentario Popular, haya dispuesto de ningún dato con anterioridad a esta comparecencia para haber mínimamente elaborado nuestras propias conclusiones o nuestros propios criterios a la hora de plantear preguntas o cuestiones, sin duda trascendentales, derivadas de la propia elaboración y de las conclusiones establecidas en esta encuesta. No nos parece el mecanismo más lógico, sobre todo si tenemos en cuenta que prácticamente las conclusiones que aquí se han puesto de manifiesto fueron las mismas que ya en el mes de abril de este mismo año se expusieron ante el Consejo Interterritorial de Salud. Entendemos que han pasado meses más que suficientes para que desde aquella primera exposición de unos datos que, como digo, coinciden fundamentalmente con lo expuesto aquí, se hubiera remitido a los grupos parlamentarios al menos

esa información, lo que sin duda redundaría en un mayor beneficio para el debate y las aportaciones de los grupos.

Sin embargo, y puesto que al menos hemos podido extraer algunos datos de la precipitada exposición que se nos ha realizado, nuestro Grupo sí que querría hacer especial hincapié en cuáles van a ser exactamente los criterios que el Ministerio va a seguir para la incorporación de los resultados de esta encuesta a la política general del Departamento. Creo que estaremos todos de acuerdo en que no se trata de venir a enumerar unas conclusiones sino de conocer exactamente cuáles son las implicaciones de los resultados de esta encuesta en las orientaciones generales de nuestro Ministerio y de nuestro Gobierno. Nos gustaría saber cuáles son, puesto que desde el comienzo de la explotación de los resultados de esta encuesta, hace ya varios meses, creo que ha pasado tiempo suficiente para conocer, por ejemplo, qué resultados de la misma están siendo incorporados al plan integrado de salud, que le recuerdo, señor Director General, que usted en el mes de marzo anunció que precisamente había sufrido un retraso en principio para incorporarle gran parte de los resultados de esta encuesta.

Ustedes han utilizado todo tipo de coartadas, como ya se ha expuesto aquí con anterioridad, para ir retrasando paulatinamente la puesta en marcha de ese plan integrado de salud, y la última de esas coartadas ha sido la puesta en marcha de la explotación de los resultados de esta Encuesta Nacional de Salud. Usted anunció, desde luego, que en el mes de abril ese plan integrado de salud estaría ya aprobado, y a las pruebas y a los hechos nos remitimos para decir que eso no ha sido así.

Por tanto, le pregunto: ¿quieren ustedes explicarnos cuáles son los aspectos de esta Encuesta Nacional de Salud que el Ministerio considera en estos momentos susceptibles de modificar la política, o van a ser meros adornos o meras elucubraciones teóricas que no van a tener ninguna influencia real sobre la política de su Departamento?

En relación con aspectos concretos que se han puesto de manifiesto y que podríamos hilar precisamente con esta argumentación previa: se nos dice que de la encuesta se deriva un aumento en el número de consultas médicas registradas en los quince días anteriores a la realización de esa encuesta, un aumento que pasa del 18 al 24 por ciento respecto de la última encuesta de 1987. Nos gustaría conocer exactamente qué valoración hace usted de este aumento y espero que no asocie el incremento en el número de consultas con un mejor funcionamiento del sistema, porque no tiene nada que ver sino más bien todo lo contrario. Desde luego, nuestra valoración es que con estos datos se pone de manifiesto que no funciona la asistencia primaria en nuestro país, que algún prestigioso analista, por otra parte, valoraba hace muy pocas fechas como el mayor desacierto de la sanidad pública actual. Nos gustaría que nos explicara qué efectos tendrán estos estudios sobre la actuación sanitaria. Tal vez con estos datos cambien ustedes de actitud y empiecen a basar sus actuaciones en estudios previos, en análisis, en simulaciones o en experiencias contrastadas y no tanto en prejuicios ideológicos, que es en lo que han basado prácticamente toda la estructura, todo el diseño de la asistencia primaria y de sus funciones en nuestro país.

En segundo lugar, según los datos que usted ha puesto de manifiesto aquí, se ha producido también un notable incremento en la utilización de los servicios de urgencia en los doce meses anteriores a la encuesta, que pasan del 12 al 14 por ciento. ¿Qué puede significar esto? ¿Tal vez que los ciudadanos están cada vez más cansados de la vía de atención tradicional, de la establecida, que están cansados de las listas de espera, que están cansados de la burocracia, que están cansados de la escasa calidad de la atención y que prefieren asistir directamente a los servicios de urgencia sobrecargando los hospitales? Tal vez los ciudadanos tengan un fácil acceso al sistema; aunque habría mucho que hablar al respecto, vamos a dar por buena tal afirmación, pero desde luego esa vía de entrada no es la normal, la lógica, sino que los ciudadanos cada vez acuden más a las vías de urgencia, precisamente como un mecanismo de «bypass» en el sistema sanitario público.

En tercer lugar, el número de hospitalizaciones aparece mantenido en esta encuesta respecto a 1987. No hay, pues, una reducción en el tratamiento hospitalario. ¿Qué ocurre? ¿Que fallan los sistemas de prevención o que los españoles enferman cada día más? ¿O es que se sigue produciendo en nuestro país lo que algunos han denominado como «hospitalocentrismo»? Nos gustaría conocer también sus valoraciones sobre este tema.

A nosotros nos da la sensación de que el sistema de asistencia primaria montado en este país en torno a la primacía de la promoción y de la prevención sobre la asistencia está resultando un auténtico fracaso y sería conveniente que de los resultados de esta encuesta no solamente extrajéramos consecuencias sobre la percepción subjetiva, por otra parte muy difícil de estudiar, que los ciudadanos tienen de su propia salud y que sin duda solamente en un porcentaje muy escaso, valorado por todos los estudios en menos del 10 por ciento de la influencia real, depende del funcionamiento del sistema sanitario; más bien en un gran porcentaje, superior al 90 por ciento, depende siempre de las condiciones económicas, de la propia formación del paciente o del usuario, en definitiva de aspectos que poco tienen que ver con el funcionamiento del sistema.

En cuarto lugar, una referencia a los datos sobre el consumo de medicamentos en los quince días anteriores a la encuesta, que han sufrido un incremento con respecto a lo reflejado en la encuesta de 1987. Aparece un 46 por ciento frente a un 42 por ciento anterior. ¿Quiere esto decir que se está fracasando en traducir una cierta acomodación de los hábitos, una cierta modificación de las pautas y comportamientos de los ciudadanos con respecto al consumo de medicamentos? ¿Hasta qué punto esa política de uso racional de medicamentos que ustedes han puesto en práctica es meramente un recorte economicista y se está olvidando la otra vertiente de la educación, de la formación, y no tiene, por tanto, efecto ninguno sobre las pautas de utilización de los medicamentos por parte de los ciudadanos que sigan utilizándolos cada vez en mayor número, con independencia del coste que tengan que pagar por los mismos, con independencia de su inclusión o exclusión de las prestaciones del sistema público?

Se ha puesto de manifiesto en la *diapositiva que precisamente ustedes han excluido del catálogo de fármacos con cobertura de la Seguridad Social aquellos medicamentos que la sociedad demanda en mayor medida, como pueden ser los anticatarrales, los antigripales, los analgésicos, los antipiréticos; en definitiva, ustedes se han limitado a excluir de las prestaciones una serie de medicamentos con independencia de que éstos sean cada vez en mayor medida, y por algo será, demandados por la propia sociedad, por los propios usuarios.*

Para terminar, señora Presidenta, y no abusar del tiempo, una referencia que ya se ha hecho aquí sobre las estadísticas de asistencia de las mujeres españolas al ginecólogo. De los datos que se han puesto de manifiesto, y con independencia de las razones por las cuales, que no se precisan en el contenido de la encuesta, se asiste al ginecólogo, ya sea por prevención o ya sea para recibir una asistencia determinada, a nuestro Grupo lo que le preocupa fundamentalmente y lo que queremos poner de manifiesto es que en esa encuesta, y creo que usted no lo ha citado, aparece que más del 30 por ciento de las mujeres españolas no han visitado nunca por ninguna razón, ya sea de prevención o de asistencia, al ginecólogo.

Por tanto, nos preguntamos dónde está quedando en estos momentos una promoción efectiva de la salud, dónde está quedando la educación sanitaria de la población, por qué hay un grado tan elevado de personas que no acuden al ginecólogo, qué resultados están teniendo los programas de prevención, por encima de notables pero aislados esfuerzos que están haciendo algunas comunidades autónomas en esta materia.

Sin duda habría mucho que hablar sobre otros aspectos, sobre la influencia de los factores socioeconómicos, sobre el aumento de las tasas de mortalidad en nuestro país, muy por encima de cualquier otro país de nuestro entorno, por ejemplo, en los accidentes de trabajo, pero puesto que no tenemos demasiado tiempo para ello, nos remitiremos en todo caso a estudios posteriores, a comparaciones posteriores donde podamos disponer ya de un análisis mucho más pormenorizado de los datos de esta encuesta.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las cuestiones planteadas por los portavoces de los grupos, tiene la palabra el Director General de Planificación y Aseguramiento.

Cuando quiera.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Sevilla Pérez): Muchas gracias a los diferentes grupos que han intervenido porque nos van a permitir aclarar algunas de las dudas que en mi intervención he podido dejar, seguro que por la incapacidad para poder hacerlo de una forma más clara.

No sé si el señor Burgos tiene algún problema con el orden de respuesta, pero me da igual, el que ustedes quieran. Lo haré según el orden de las intervenciones que se han planteado.

Al Grupo Parlamentario Socialista quisiera agradecerle los comentarios que ha hecho, al mismo tiempo que, como ya dije al principio, darme la posibilidad de haber presentado los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud, los principales resultados que en este momento tenemos disponibles. La Encuesta Nacional de Salud es un banco de datos que está en continua explotación; por tanto, es difícil poder presentar los datos, excepto en un momento determinado en que ese banco de datos se ponga en una publicación, a disposición de todo el mundo, para que realice sus análisis y probablemente realice explotaciones sobre esos datos.

Me ha preguntado sobre la realización de estudios en otros países. Como conocen SS. SS., las encuestas de salud son un instrumento que la Organización Mundial de la Salud considera fundamental para proporcionar información relativa a determinados indicadores para el seguimiento del programa de «Salud para Todos en el año 2000». Ha buscado tratar de homogeneizar o de definir cuáles serían los criterios de homogeneización para poder comparar los datos de las encuestas nacionales de salud.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho un esfuerzo importante por acomodar tanto las materias de estudio como las variables de control a las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud, en cuya estrategia estamos vinculados, como todos los que queremos mejorar la salud de los ciudadanos.

Sin embargo, para contestar a su pregunta, tenemos una dificultad importante porque conocemos que hay diferentes países desarrollados: Estados Unidos, Canadá, Italia, Holanda, Alemania, etcétera, que realizan encuestas de salud, pero estos países, a diferencia de España y excepto en el caso de Estados Unidos, que tiene una concepción diferente de su sistema sanitario, no publican estos datos de salud, no se conocen públicamente cuáles son los datos derivados de las encuestas nacionales de salud. Por tanto, tenemos una dificultad que es importante para responder a lo que usted me ha preguntado sobre cómo podemos comparar con otros países.

Hay que reconocer que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene un comportamiento lógico, como debe ser, que es poner a disposición de los ciudadanos aquellos datos que tiene, no solamente utilizarlos para orientar la política sanitaria, sino ponerlos en conocimiento. Esto es algo que los países de nuestro entorno económico y social sabemos que realizan, pero no lo hacen de una forma tan clara como lo hacemos en España, donde no solamente se publican los datos de las encuestas de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino que también son conocidos datos publicados por otras instituciones que han realizado alguna encuesta de salud. Creo que el ánimo de transparencia es un ánimo fundamental.

La mejora del estado de salud, decía usted. Creo que sí. Me parece que en mi intervención traté de hacer el análisis sobre los datos presentados; es un análisis que en este momento no tenemos sobre todos los datos; la significación estadística de algunos de ellos es difícil, y para eso se están encargando estudios específicos. Lo que podemos decir es que el estado de salud de la población española se corres-

ponde, primero, con las variables o los datos que tenemos de análisis objetivos, tanto desde los registros de los equipos de atención primaria, cuáles son las enfermedades crónicas más habituales en la población, como sobre los registros de morbilidad de los hospitales, como en las variables de utilización de servicios, tanto de atención primaria como en atención especializada, y estos datos de salud indican que tenemos que progresar.

Decía el otro día en una reunión en la que estaba un eminente especialista en salud pública que, desgraciadamente, el progreso en sanidad no nos lleva a que ninguno podamos morir. Entonces, ese progreso hay que contrastarlo y hay que ver cuáles son aquellas actuaciones que podemos hacer desde la sociedad y desde los servicios sanitarios para ir incrementando progresivamente la cantidad de vida, pero, fundamentalmente —y ahí tenemos que hacer un esfuerzo muy importante—, tenemos que aumentar la calidad de vida de los años que vivamos.

Me preguntaba usted también sobre la existencia de diferencias territoriales. Ese es el estudio, probablemente, más complejo. Solamente he presentado aquellos datos que en este momento tenemos disponibles, que son las diferencias territoriales en cuanto a cobertura, en cuanto a utilización de servicios, etcétera. Se están haciendo estudios, pero también creemos que uno de los valores del Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del Estado en que estamos y dentro de la configuración del sistema sanitario, es el análisis por cada una de las comunidades autónomas, que estoy convencido de que progresivamente irán conociendo sus datos para que entre todos podemos comparar cuál es la situación en el Estado.

¿Cómo son asumidas las campañas preventivas? Es uno de los aspectos novedosos de este estudio que se ha introducido en la encuesta de 1993. Pensamos que por parte de los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas, los servicios sanitarios del Insalud, cuando la gestión no está transferida, y servicios sanitarios de los ayuntamientos están poniendo en marcha campañas preventivas y están estudiando y analizando el impacto de esas campañas preventivas, tanto si llegan a los colectivos para los que se diseñan las campañas preventivas como igualmente, que es lo fundamental, para saber cuál es el impacto en salud que esas campañas van a tener en un futuro.

Lo que queríamos saber en la encuesta es, a nivel general, si realmente esas campañas estaban llegando a los colectivos para los que teóricamente están diseñadas, no cuál es el impacto de la campaña y los datos que nos da la encuesta a expensas de análisis posteriores que haya que hacer, pero los datos que tenemos disponibles en este momento nos dicen que están llegando a los colectivos para los que se diseñan. Lo que no se nos da en la encuesta, puesto que no está orientada en ese sentido, es la satisfacción o el grado de adecuación de la campaña a la percepción de la población en relación con esa campaña; ese es un aspecto que se ha discutido muchas veces en las campañas, cómo se consigue la mayor aceptación de la población sobre esa campaña. Esos son estudios de opinión y de satisfacción que no se consideró oportuno introducir en la encuesta nacional de salud para no desvirtuarla.

En relación con la integración de la política sanitaria —voy a responder a alguna pregunta para intentar ajustarme rápidamente al tiempo—, lógicamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo utiliza los datos y los está utilizando a partir de los análisis que sobre los datos se tengan y se vayan teniendo. Estos datos serán fundamentales para la inclusión dentro del Plan de Salud del Ministerio, que, como saben todos ustedes, la Ministra de Sanidad y Consumo se ha comprometido a presentar en el próximo Consejo Interterritorial. Además, han sido utilizados los datos del año 1987 por las diferentes comunidades autónomas que en sus planes de salud han incorporado los datos de la encuesta nacional de salud. Pero hay un aspecto importante, y es que muchos servicios sanitarios utilizan los datos de la misma y ven ustedes publicaciones en diferentes revistas en que a partir del análisis de los datos de salud de la encuesta se han desarrollado programas de prevención, de cuidados, etcétera.

Por tanto, yo creo —y paso a lo que me planteaba la representante del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida— que los datos de 1987 no son datos que han quedado ahí, sino que han sido datos que han sido utilizados y, desde luego, los datos del año 1993 los vamos a utilizar y espero que cuando tengamos presentado el plan de salud pueda usted comprobar cómo se han integrado los datos de la encuesta nacional de salud de 1993 en el análisis de la situación de salud de la población.

Preguntaba usted cuál había sido el coste de la encuesta. Pues bien, creo que el coste ha estado alrededor de 66 millones de pesetas, según el convenio que se realizó con el Centro de Investigaciones Sociológicas.

Estoy totalmente de acuerdo con usted en las variables condicionantes. Las variables socioeconómicas son absolutamente fundamentales y creo que me he referido a su importancia cuando he hablado de la utilización inversa de servicios.

Me sugiere usted dos materias nuevas de estudio. Me parece que pueden ser importantes y en las próximas encuestas habrá que valorar la introducción teniendo en cuenta cuál es el objetivo de la encuesta. Además, hay que buscar la mayor coherencia e intentar dar una respuesta lo más completa a la encuesta. Este es un aspecto importante a la hora de analizar materias. Pero la actividad sexual y el consumo de drogas pueden ser aspectos a tener en cuenta.

La actividad preventiva del ginecólogo se dirige a un grupo de edades fértiles, entre los 25 a 44 años. El otro grupo más frecuente, donde se centran las campañas de prevención de cáncer de mama, es el de los 45 a 64 años, como usted conoce.

En relación con la intervención del Grupo Parlamentario Popular, ya le he contestado a algunos temas. Pero hay una cosa que usted ha dicho que me ha sorprendido. Se ha referido a la disponibilidad de los datos utilizados previamente, cuando son los mismos que se han presentado al Consejo Interterritorial. Resulta que usted ha utilizado datos que se presentaron al Consejo Interterritorial y que yo no he presentado aquí. Por tanto, ha estado disponiendo de unos datos que teóricamente no tenía. Lo cual me parece

perfecto porque esto nos permite analizar alguna de las cosas que usted ha planteado.

He dicho que estos datos, aunque son los principales, son provisionales. La publicación compila los datos, pero no hace el análisis de los mismos, porque el análisis de los mismos lo tienen que hacer las Comunidades Autónomas, el Ministerio, las instituciones y los ciudadanos y estará disponible cuando esté hecho. Lo que hacemos es extraer aquello que nos parece más importante y, lógicamente, debe de coincidir con los del Consejo Interterritorial.

Criterios para incorporar a la política sanitaria. Usted conoce perfectamente cuáles son las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo. En la política sanitaria concreta, las competencias de gestión sanitaria y las competencias de orientación concreta a los servicios las tienen las comunidades autónomas con competencias transferidas o las tiene el Insalud. Estoy convencido que estas competencias las están incorporando a sus planes de actuación porque es fundamental.

Lamento que se haya equivocado. Yo no he anunciado nunca el Plan Integrado de Salud, entre otras cosas porque no es mi competencia. Usted lo leyó en un periódico donde me sacaron una foto y ponían unas cosas. Pero yo, repito, no he anunciado nunca el Plan Integrado de Salud. Lo que sí está claro es que el Plan Integrado de Salud, que se va a presentar en el año 1994, debería incorporar —y en eso sí tiene usted toda la razón— los datos de la encuesta nacional de salud del año 1993. **(Un señor Diputado del Partido Popular: ¿Se va a presentar?)**

Acabo de decir que existe un compromiso de la Ministra en esta Cámara de presentar el Plan de Salud en el próximo Consejo Interterritorial.

Por lo que se refiere a consultas, ha presentado usted unos datos que yo no he presentado. Lo que yo he presentado ha sido la consulta al médico por edad y sexo. No he comparado 1987 con 1993, que sí estaba en los datos presentados al Consejo Interterritorial, por una razón muy sencilla que he explicado varias veces, y es que el momento de realización de la encuesta es radicalmente distinto en 1987 al de 1993. En 1987 está hecha en verano y en 1993 en el mes de febrero. No sé si ésa es una variable que a usted le sirve de explicación.

Me llaman la atención los comentarios que ha hecho sobre la atención primaria, fundamentalmente cuando sabe que la reforma de los sistemas sanitarios a lo que van es a introducir una atención primaria adecuada. Y la reforma de la atención primaria que se está realizando en España está sirviendo de referente para reformas que se están introduciendo en otros países, pero ese aspecto —como usted dice— es un prejuicio ideológico, porque yo creo que la efectividad de la reforma de la atención primaria tiene poca duda, tanto dentro del Estado como fuera de él.

Por lo que se refiere al incremento de la utilización de los servicios de urgencia, habría que valorar cuál es la significación que usted le da. Vuelvo a repetirle lo mismo: que pasamos de un 13 por ciento en pleno mes de verano a un 14 por ciento en el mes de febrero. Creo que esto es suficiente para explicar lo que usted decía.

Me ha sorprendido muchísimo su análisis sobre que la hospitalización está mantenida. Hospitalocentrismo. Sabe usted que de los países europeos España es de los que tiene una menor frecuentación hospitalaria porque resuelve los problemas fuera del hospital. Precisamente hay países que están tratando de ir a unas frecuencias hospitalarias como la española. Lo que no podemos evitar es que los ciudadanos españoles ingresen en los hospitales.

En el consumo de medicamentos vuelve a tener usted la misma confusión temporal, a pesar de que lo he intentado aclarar.

En cuanto al ginecólogo, por no alargarme más, le tengo que decir que, efectivamente, un 30 por ciento de las mujeres no han visitado al ginecólogo. Desgraciadamente, las campañas de prevención no llegan a todo el colectivo para el que se ha diseñado. A mí me parece importante que haya aproximadamente un 10 por ciento en el colectivo de 25 a 44 años que no haya acudido. Sobre esto podríamos discutir y ver cómo podríamos mejorar la campaña, pero globalizar, como hace usted, con 30 por ciento, sin tener en cuenta las personas que tienen menos de 16 años o más de 65 años en las cuales las campañas preventivas tienen poco criterio, es hacer un análisis equivocado.

Sobre las tasas de mortalidad le tengo que decir que, obviamente, no tiene relación con una encuesta nacional de salud y, por tanto, no voy a comentarlo.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Director General de Planificación y Aseguramiento, por su comparecencia. Le despedimos en esta Comisión.

— **DEBATE Y VOTACION DE LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES NO DE LEY: SOBRE ADAPTACION DE LOS ANTIGUOS PLANES DE ESTUDIOS A LAS NUEVAS EXIGENCIAS CREADAS POR LA EVOLUCION DE LA TECNICA EN LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC. (Número de expediente 161/000249.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al siguiente punto del orden del día de la sesión de la Comisión de hoy: debate y votación de proposiciones no de ley. En primer lugar, proposición no de ley sobre adaptación de los antiguos planes de estudios a las nuevas exigencias creadas por la evolución de la técnica en los servicios de diagnóstico.

Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señorías, la proposición no de ley que paso a defender refleja una situación que quiero calificar de bastante anómala, por la cual se produce un hecho que yo creo que está distorsionando enormemente el debate y el consenso necesario con los colectivos afectados a la hora de definir el perfil académico y profesional de diferentes colectivos trabajadores de la sa-

lud. Ello viene determinado por un hecho comprobado por todos, y es que la aprobación de la ley de Ordenación General del Sistema Educativo lógicamente conlleva una serie de plazos en su desarrollo que están siendo más o menos cumplidos, pero que se corresponde directamente, en el caso de los profesionales de la salud, con la necesaria definición de un perfil del tipo de profesionales de la salud que necesita el sistema sanitario y que, obviamente, corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo su determinación y que debería estar reflejada en la tantas veces anunciada, pero nunca aparecida, ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Es decir, en este momento, el Ministerio de Educación está definiendo perfiles académicos; está avanzando en los contenidos de formación de los diferentes profesionales sin que globalmente el Ministerio de Sanidad y Consumo haya definido qué tipo de profesional de la salud necesita para qué sistema sanitario.

En concreto, la proposición no de ley que paso a defender se refiere a la definición de las profesiones de técnico especialista en laboratorio y de técnico especialista en radiodiagnóstico e imagen. **(Rumores.)**

Hay que decir, en primer lugar, que estas especialidades vienen existiendo como títulos desde el año 1972, no siendo hasta el año 1978 cuando se reconoce dentro de las especialidades de formación profesional de segundo grado y no cuentan con un programa de estudios propio hasta el año 1980. Hasta el año 1984 no son reconocidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo estos profesionales y sus funciones, siendo el último país europeo en realizarlo. **(Rumores.)**

Existen resoluciones del Consejo de Europa, del Consejo de Ministros, ya en los años setenta y una posterior en el año 1972, en la que se especifica... **(Continúan los rumores.)** Por favor, señora Presidenta, tengo dificultades para seguir hablando.

La señora **PRESIDENTA**: Disculpe, señora Maestro. Ruego a SS. SS., una vez más, que bajen el tono de voz o se abstengan de hablar directamente.

Continúe, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señora Presidenta.

Existe normativa europea suficiente hablando no solamente de la existencia de este tipo de profesionales, sino de la regulación mínima de la formación y de la equivalencia de los títulos de técnicos en laboratorio y en radiodiagnóstico.

A nadie se le oculta que en estos años ha habido enormes transformaciones en el campo del diagnóstico y de la terapéutica que lógicamente han afectado a los contenidos de trabajo y, en consecuencia, a las necesidades de formación de estos profesionales. En este sentido, el planteamiento de Izquierda Unida parte de la base de la necesidad de ampliar el marco de la formación académica de este tipo de profesionales, tanto en el aspecto teórico como en el práctico, y la adscripción de las escuelas donde se formen estos profesionales a centros hospitalarios con reconocida capacidad docente que garanticen la formación de estos

técnicos por personal especializado de la suficiente cualificación. Esta evolución se ha producido ya en el resto de países de la Comunidad Europea, siendo la duración mínima de los estudios de este tipo de profesionales de tres años académicos después de completar la enseñanza secundaria, encuadrándose dentro del nivel profesional cuarto.

En este momento, el Ministerio de Educación y Ciencia está definiendo los contenidos y los perfiles profesionales. Conocemos que puede ser inminente la aparición de un real decreto regulando estos contenidos de formación. La propuesta actual sobre la que trabaja el Ministerio de Educación y Ciencia es, a nuestro juicio, absolutamente insatisfactoria, por cuanto nos sitúa con una calidad y con unos contenidos de formación claramente inferiores a los del resto de países de nuestro entorno y, por otro lado, evidentemente por debajo de las necesidades del propio sistema sanitario. Se plantea un contenido de carga lectiva teórico-práctica de 2.000 horas a realizar en dos años; no se plantea que la formación sea llevada a cabo por profesorado especialista; no se garantiza la adscripción de las escuelas a centros hospitalarios con reconocida capacidad docente, etcétera.

Por tanto, de todo ello se desprende la propuesta concreta que presenta el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

En primer lugar, el que los nuevos contenidos de formación, que, insisto, no se modifican desde el año 1980, sean homologados con el nivel de formación de profesionales en estas materias en países de la Unión Europea. Para ello se debe definir una duración en la formación mínima de tres años, posterior, insisto, a la educación secundaria, con una carga lectiva no inferior a las 3.000 horas; asegurar que, en cualquier caso, las escuelas de formación estén adscritas a centros hospitalarios con capacidad docente; que la formación teórica y práctica corra a cargo de especialistas en las materias a impartir y que se adecue la oferta de plazas docentes en estas materias a las necesidades del sistema sanitario.

Finalmente, una propuesta transitoria mediante la cual se plantea que los actuales técnicos especialistas puedan acceder a los niveles definidos por la nueva titulación mediante acreditación de conocimientos en las disciplinas complementarias y, en su caso, de la formación teórica necesaria.

Tengo que decir que la propuesta que presenta Izquierda Unida responde a la preocupación de los colectivos afectados, que, al mismo tiempo, aparte de refrendar nuestra proposición, expresan —y yo me permito utilizar este tiempo para señalarlo— la enorme dificultad para encontrar espacios imprescindibles de negociación y de consenso con los afectados en una materia como la actual que definiría para bastante tiempo el nivel académico y los contenidos de formación de un grupo de profesionales que realizan funciones imprescindibles dentro del sistema sanitario.

La señora **PRESIDENTA**: Para fijación de posiciones, ¿grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILLA**: Participamos de la preocupación que acaba de exponer la portavoz del grupo proponente en relación con la necesidad de actualizar y adaptar esos estudios tanto en la formación práctica como también en la ubicación de escuelas adscritas a centros hospitalarios con un profesorado especializado en cada una de las materias.

También entendemos justa la pretensión de titulación o titulaciones como consecuencia de la adaptación de su preparación más adecuada a los nuevos tiempos y, además, con los perfiles pertinentes, como acaba de decir la portavoz del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Se trata de unas materias que, efectivamente, se corresponden con las prestaciones profesionales o bien necesidades operativas actuales o potenciales de los servicios sanitarios.

La disponibilidad de técnicos titulados formados adecuadamente nos parece también positiva para una mejor gestión de los recursos, tanto humanos como materiales.

Ahora bien, no podemos olvidar —también se hacía referencia a ello en la intervención anterior— que se trata de *ajustar unos sectores profesionales para que encajen en el conjunto de todo un sistema, a veces en contraposición a otros sectores profesionales sanitarios también*. Entendemos que difícilmente se puede perfilar todo este conjunto mirando sólo a una parte, a un sector, sin que se produzcan desajustes que comportarían, aparte de las consecuencias, protestas y movilizaciones, lo que es más grave, la propia disfunción, la menor operatividad, en definitiva, el mal funcionamiento del sistema.

Por ello pedimos, una vez más, que se agilice, en lo posible, la tramitación de la ley de orientación de profesiones sanitarias, porque creemos que es la mejor vía para poder solucionar todos y cada uno de los problemas que han aparecido hasta ahora o que puedan surgir en el futuro. Es desde este punto de vista que consideramos imprescindible tener cuanto antes el proyecto de ley, en borrador si se quiere, o en trámite parlamentario para, a través de un debate tranquilo, sosegado y constructivo, poder abordarlo con las aportaciones de todos: fuerzas políticas, sectores afectados, los propios usuarios —no debemos olvidarlo—, en definitiva, que surja del propio conjunto de la sociedad la mejor solución a todas estas cuestiones, con el objetivo final de acertar en lo más adecuado.

En consecuencia, y desde esta perspectiva, nuestro grupo no puede dar su apoyo en este momento a la proposición no de ley que se nos presenta.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: La proposición no de ley que se presenta hoy en esta Comisión tiene como peculiar circunstancia la práctica coincidencia, en alguno de sus planteamientos, con otra proposi-

ción que ha sido presentada simultáneamente en la Comisión de Educación.

Todos estamos de acuerdo en la necesidad de establecer un marco estable y de delimitar claramente una serie de perfiles en los profesionales de la sanidad (el Partido Popular ha hecho mucho en este tema), y en la exposición de motivos quedan claras las responsabilidades de los técnicos en la realización de su trabajo conducente al diagnóstico y al tratamiento. Intentar pasar, en alguna medida, de lo que serían los niveles técnicos a la diplomatura universitaria o equivalente que, en resumen, es lo que pretende esta proposición no de ley —que curiosamente coincide con la proposición presentada en la Comisión de Educación a la que antes aludía, por lo que se pasaría de la Formación Profesional I a la Formación Profesional III, y que nosotros no vamos a dudar en apoyar, equivaldría a pasar desde los niveles técnicos al nivel 4, a la diplomatura universitaria o equivalente. Hago este inciso porque más tarde me referiré a las contradicciones que, en el ámbito de la formación, nos vamos a encontrar si apoyamos esta proposición no de ley. Indudablemente, todos tenemos una idea clarísima sobre la necesidad de establecer y clarificar los contenidos de formación técnica y científica que sustentan estas carreras, pero esa necesidad de clarificación tiene como base la formación, y la formación técnica, en esencia, es así en nuestro país. Lo que tenemos ahora es una formación técnica que puede llegar a ser superior, pero no a una formación científica, no a una formación universitaria; mientras que la formación científica universitaria ya cuenta con amplios sectores especializados, como los de laboratorios, rayos X, hematología, anatomía patológica, etcétera. Es decir, aunque haya una necesidad de clarificar aún más las especialidades, la formación de base y de origen es distinta, y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de plantear las atribuciones específicas de cada una de ellas. El Partido Popular presentó en esta Comisión una proposición de ley sobre atribuciones, que no fue apoyada, en la que se establecían las funciones, las responsabilidades y las atribuciones de cada sector sanitario, lo que nos ayudaría a fijar un marco adecuado de profesiones y unos niveles claramente definidos para acceder a esas profesiones, así como una necesaria formación para cada uno de esos niveles que tendría que tener en cuenta la formación cuantitativa y la cualitativa, que es en lo que difieren básicamente, en este punto de partida, la formación técnica y la formación científica. Habría que contar con una formación cuantitativa bien regulada en número de horas y con una formación cualitativa, que es lo que en mayor medida diferencia la formación técnica de la formación científica, que estaría basada en los currícula que habrían de ser esclarecidos en cada una de estas normas y que claramente nos llevaría al siguiente paso: ¿quién forma, dónde y con qué medios?

El Ministerio suscribió un acuerdo con el Consejo General de Enfermería para regular, mediante un proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias, todos estos problemas, pero, «a priori», sin haber encajado estos supuestos de función y de atribución, no se puede hacer este tipo de trasvases de unos sectores a otros porque ello su-

pondría que nos estamos saltando ese tríptico que he señalado antes (profesión, nivel, formación), sobre todo el de formación, que es el que resulta básico en el sector sanitario. Esta regulación es necesaria —y el Partido Popular así lo ha expuesto— para que no se vean trasvasados los contenidos jurídicos que constituyen la identidad y esencia de estas profesiones. En el sector sanitario hay que saber claramente, por la incidencia que ello tiene en la población, dónde está cada uno. Es necesario establecer una base jurídica bien definida, que nosotros no vamos a plantear aquí como una lucha legislativa de decreto contra decreto, sino haciendo ver que esa diplomatura universitaria está regulada por distintas normativas comunitarias. No pretendo el decreto versus decreto, pero desde la directiva 1057 de la Comunidad Europea, del año 1981, hasta la 595 del año 1989 que lo completó, se ha delimitado hasta donde ha sido posible; sin embargo, como decía anteriormente, es necesario establecer con un mayor rigor estos temas, porque además tenemos la sentencia de 26 de febrero de 1993, del Tribunal Supremo, en cuyos fundamentos de derecho se determina que los técnicos tienen unas funciones y una formación específicas, para evitar este conflicto de competencias entre responsabilidades y formación.

Si la Comisión de Educación, como prevemos, aprueba, con el apoyo del Partido Popular, el paso hasta el último grado de la Formación Profesional desde el primer grado, con unas normativas que habrá que ir desarrollando, y a su vez la Comisión de Sanidad apoya esta medida, ello significaría que estaríamos pasando de una formación profesional procedente de la EGB, no homologable con los estudios secundarios, como prevé la Logse y como prevé la legislación europea, saltándonos todo un período de formación cuantitativa y cualitativa, lo que supondría que estos técnicos pudiesen incluso pasar al ámbito universitario sin haber pasado anteriormente por algo tan importante como es la Logse, o como pueden ser estas normativas de la Comunidad Europea a que acabo de referirme. Por ello, el Partido Popular, para evitar esa devaluación de la diplomatura universitaria, va a abstenerse en la votación de esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Pardo.

La señora **PARDO ORTIZ**: En relación con la proposición no de ley presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, relativa a la formación y cualificación de profesionales hasta ahora reconocidos como técnicos especialistas de la rama sanitaria de radiodiagnóstico, medicina nuclear, etcétera, mi Grupo quiere manifestar su oposición, basándose en algunas consideraciones que a continuación paso a poner de manifiesto.

En primer lugar, en el marco de la reforma de las enseñanzas profesionales establecido por la Logse, el Ministerio de Educación y Ciencia ha adoptado un procedimiento de elaboración de los nuevos títulos profesionales, acordado con las comunidades autónomas que tienen competencias en esta materia y con la Comisión Permanente del

Consejo General de la Formación Profesional, por el que al Ministerio de Educación le compete, fundamentalmente, definir los contenidos formativos de las citadas enseñanzas profesionales, las cuales deben orientarse a la obtención de las competencias profesionales requeridas en el empleo e identificadas en cada uno de los sectores productivos a través de perfiles y de figuras profesionales. Estos últimos (los perfiles y las figuras profesionales), mediante los estudios sectoriales respectivos que se vienen haciendo, son identificados y definidos por expertos procedentes del correspondiente sector y propuestos por los agentes sociales y las administraciones competentes. Por lo tanto, la afirmación que hacía la representante del Grupo de Izquierda Unida respecto a lo distorsionado que estaba el debate por la carencia de su participación en él de los colectivos afectados creo que no se corresponde con la realidad, puesto que son estos colectivos afectados los que designan a los expertos tecnológicos para que participen en esa identificación y definición de perfiles.

Por lo que respecta al sector sanitario, el Ministerio de Educación y Ciencia ha aplicado la metodología en este campo que viene aplicando en todos los demás. Es decir, se ha realizado, en primer lugar, el correspondiente estudio sectorial, se han designado, a propuesta de los agentes sociales, que se supone que son los representantes del colectivo afectado, los expertos tecnológicos de dicho sector y en el proceso de identificación de perfiles o figuras profesionales se han recogido los criterios de la administración sanitaria, que es la fundamental empleadora de este sector, a efectos de su oportuna validación. Por lo tanto, también se ha hecho dentro de un marco previamente debatido y consensuado.

En lo que concierne a los campos profesionales, a los que se refiere directamente la proposición no de ley —lo relativo a radiodiagnóstico, radioterapia, medicina nuclear, etcétera—, quiero señalar que los expertos han identificado y la administración sanitaria ha validado un conjunto de perfiles profesionales definidos por la competencia requerida en el empleo correspondiente a cada campo ocupacional, cuya ubicación dentro de la ordenación general del sistema educativo debe situarse, como ya lo han dicho otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, en la formación profesional de grado superior.

En este sentido debo señalar que la identificación de estos perfiles resulta precisamente de una actualización que viene dada por la exigencia de cualificación de los antiguos técnicos especialistas, en la que se han tenido en cuenta, como no podía ser de otra manera, los avances tecnológicos y los nuevos requerimientos de cualificación profesional de estos sectores.

Como consecuencia de esta mayor exigencia de cualificación se ha producido también un mayor reconocimiento del nivel de formación que requieren estos profesionales, aprovechando la nueva ordenación académica establecida por la Logse, ya que es la Logse la que hace posible que estos profesionales reciban, a partir de ahora, una formación postsecundaria o superior, aunque no universitaria, que se tiene reconocida a efectos profesionales, según se establece en la segunda directiva europea. En esa directiva se

considera así para todas las formaciones superiores no universitarias.

Y, en relación con las horas, quiero señalar que la Logse ha definido la formación profesional como el conjunto secuenciado de enseñanzas de formación profesional básica, que se impartirán en la educación secundaria obligatoria y en el bachillerato y también por la formación profesional específica impartida en los ciclos formativos. Por todo ello, a las dos mil horas que la mayoría de los ciclos formativos incluyen como formación profesional específica, deberá añadirse las horas de formación profesional básica adicional que se ha cursado a lo largo de la educación secundaria obligatoria y el bachillerato. Creemos que la estimación supera el cómputo de horas que en la proposición no de ley que estamos debatiendo se reflejan como las deseables.

En cuanto a las prácticas en centros hospitalarios, ha sido precisamente también la Logse la que ha establecido con carácter obligatorio, lo que no venía ocurriendo hasta ahora, que todos los alumnos que cursen formación profesional a través de ciclos formativos, realicen una formación en centros de trabajo. En el tema que nos ocupa, esos centros de trabajo tienen que ser centros hospitalarios que dispongan de recursos humanos y técnicos adecuados para la actualización de dichas funciones.

Respecto a la formación del profesorado que ha de impartir estas enseñanzas, quiero señalar que su grado de especialización, al igual que ocurre para el resto de las enseñanzas profesionales, viene garantizado por el sistema previsto en la Logse; es decir, una formación inicial de nivel de licenciatura y, en su caso, diplomatura, siendo además posible que para determinadas áreas se requiera el concurso de otro tipo de titulaciones.

Termino resumiendo que una formación postsecundaria de tres años, no superior, se correspondería con un nivel académico cuya formación no es requerida por la competencia profesional identificada; que la formación práctica en centros hospitalarios está ya garantizada en la propuesta de las nuevas enseñanzas profesionales; que el profesorado especialista queda también garantizado a través de la selección y formación del profesorado definido ya en la Logse; que la adecuación de la oferta de plazas a la necesidad del sistema sanitario, si bien no es una cuestión que sea el eje fundamental de la proposición no de ley que estamos debatiendo, está siendo suficientemente considerada en éste y en otros sectores productivos por las diferentes administraciones educativas; que la Logse ha establecido ya la equiparación académica y profesional de los actuales técnicos especialistas con los nuevos titulados de formación profesional de grado superior. Y porque también el procedimiento, como decía al principio de mi intervención, para la elaboración de los nuevos títulos profesionales ha sido acordado ya entre las comunidades autónomas con competencias, repito, y en la Comisión Permanente del Consejo General de la Formación Profesional, órgano éste en el que están representados todos los agentes sociales, creo que queda suficientemente demostrada la inoportunidad de que en esta Comisión de Sanidad se tomara en consideración dicha proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: Finalizado el debate de esta proposición no de ley, vamos a proceder a su votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, dos; en contra, 16; abstenciones, 14.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada la proposición no de ley.

— **RELATIVA AL INCREMENTO DE LOS MEDIOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL C'AN MISSES, DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), DE IBIZA. PRESENTADA POR EL G. P. POPULAR. (Número de expediente 161/000264.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley relativa al incremento de los medios humanos y materiales de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital C'an Misses, del Instituto Nacional de la Salud de Ibiza. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa y presentación, tiene la palabra la señora Cava de Llano.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO**: Señoras y señores Diputados, la proposición no de ley que presentamos tiene como objetivo asegurar a los habitantes de las islas de Ibiza y de Formentera algo tan esencial y tan básico como es una correcta asistencia a pacientes con patologías críticas, en cualquier momento del día y de la noche, mediante una unidad de cuidados intensivos, dotada con los medios humanos y materiales necesarios para ello.

La historia de la UCI, entre comillas, del Hospital del Insalud de Ibiza es la siguiente: en el año 1985 se inauguró el Hospital de C'an Misses, en el que existía una unidad de reanimación, en la que lo que se hacía era estabilizar la situación del paciente hasta que éste estuviera en condiciones de soportar un traslado en avión-ambulancia al hospital de referencia, que era, y sigue siendo, el Hospital de Son Dureta, de Palma de Mallorca.

Ante el aumento de la demanda asistencial, se estableció la llamada unidad de cuidados máximos, atendida por un solo médico intensivista. En marzo de 1992 existían dos intensivistas, comprometiéndose la dirección del centro a contratar a un tercero para el 1 de enero de 1993. Esta promesa, señorías, se incumplió, por lo que el 22 de enero de 1993 los médicos del Hospital de C'an Misses anunciaron a los medios de comunicación el cierre de la mal llamada unidad de cuidados intensivos.

La alarma social creada por el plante médico se extendió por la población, llegando incluso a la adopción de acuerdos por parte de los plenos municipales y del pleno del Consejo Insular de Ibiza y Formentera, en los que se instaba a la Dirección Provincial del Insalud para que, sin más dilación, se arbitraran los medios necesarios para que la UCI del Hospital de C'an Misses funcionase con total

normalidad y de manera permanente, asegurando así algo tan esencial como una completa asistencia sanitaria a los habitantes de Ibiza y Formentera.

Ante esta situación, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias informó a la dirección del centro que creía necesaria la institucionalización de esa unidad médica, por considerar que, a pesar de ser el de Ibiza un hospital de ámbito comarcal, la situación geográfica y los enfermos susceptibles de ser ingresados superaba con creces los 300 al año, que es la cifra aceptada para justificar una UCI.

Pues bien, el 23 de marzo de 1993, la Comisión de participación ciudadana del sector sanitario de Ibiza y Formentera, solicitó por escrito a la Dirección Provincial del Insalud el reconocimiento oficial de la unidad de cuidados intensivos, con la finalidad de que en los Presupuestos Generales del Estado se incluyera la correspondiente dotación económica. Estas ilusiones se desvanecieron cuando se recibió respuesta de la propia Delegación Territorial del Insalud al acuerdo adoptado por el Consejo Insular de Ibiza y Formentera. Dicha respuesta decía que la dotación de la UCI era la adecuada para satisfacer la demanda existente. Fue en ese momento, señorías, cuando los habitantes de Ibiza y Formentera empezaron a creer que las excusas dadas por la dirección del centro referentes a la dificultad de encontrar intensivistas no eran más que excusas moratorias.

Señorías, ha habido amenazas de instar expedientes por parte de la dirección a los médicos del hospital que denunciaban la situación de la UCI, ha habido represalias a los médicos que denunciaban esa situación. ¿Cuál es la situación? La situación a primeros de este mes de noviembre se agravó considerablemente al producirse dos vacantes, lo que originó el anuncio de los profesionales de remitir un escrito a los juzgados de Ibiza con la finalidad de aclarar los límites de su responsabilidad. Actualmente, justo es decirlo, se ha mitigado la situación, pero la inestabilidad, el parcheo, la provisionalidad, siguen siendo el factor determinante y la constante de la unidad de cuidados intensivos de Ibiza. Esta es, señorías y señores Diputados, la situación de la UCI del hospital de Ibiza.

¿Por qué antes he hablado del cierre anunciado por los médicos de la mal llamada UCI? Por la sencilla razón de que no lo es y ello por los siguientes motivos: La UCI del hospital de C'an Misses no está reconocida como unidad independiente, sino que depende del servicio de medicina interna. La UCI no tiene dotación económica alguna, motivo por el que mi Grupo Parlamentario ha presentado en el Senado una enmienda para que se dote económicamente a la misma. Otro motivo es que la mal denominada UCI está instalada en lo que en términos médicos se denomina «despertar de quirófano» y ello a pesar de que existe en la tercer planta del hospital sitio suficiente para instalarla como Dios manda. Y, por último, porque el material del que disponemos es, a juicio de los médicos, obsoleto. Por eso, señorías, es por lo que les digo que lo que existe no es una UCI, a pesar de que, prescindiendo del nombre que se le dé, todos tenemos suficientes conocimientos para saber que los pacientes que allí se tratan son enfermos críticos

que en el resto de España reciben unos cuidados que se administran en unidades de cuidados intensivos.

Señorías, a nuestro juicio y al de la Sociedad Balear de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias, la asistencia del enfermo crítico en un hospital comarcal debe cubrir dos aspectos: la asistencia sanitaria en el propio hospital y el transporte correcto al hospital de referencia.

Para resolver este problema existen dos modelos organizativos. Uno, el que opta por el traslado de todos los pacientes críticos desde el hospital comarcal al hospital de referencia y, dos, un modelo mixto en el que se trasladan al hospital de referencia aquellos enfermos críticos que precisan tratamiento quirúrgico o médico superespecializado y al resto de enfermos se les trata en la UCI del hospital comarcal, obviamente bajo el control de especialistas en medicina intensiva. Creemos que el modelo mixto es el más idóneo debido al carácter insular que obliga a que todos los traslados de Ibiza se realicen por vía aérea, lo que plantea graves problemas de calidad, rapidez y eficacia.

¿Por qué solicitamos que los enfermos críticos sean tratados por médicos intensivistas y no, como ahora se está haciendo, por médicos de otras especialidades? Por tres motivos fundamentales, señorías. Primero, por el bien del paciente; segundo, porque el no aceptar la presencia de especialistas en medicina intensiva comporta un aumento de traslados de enfermos críticos al hospital de referencia, cosa que no nos parece recomendable, porque puede llegar a suponer, incluso, un bloque de la UCI del hospital de referencia, cosa que no es de ciencia ficción, sino que ha ocurrido en diversas ocasiones, entre otras, a finales del mes de marzo de este año en que dos enfermos del hospital de Ibiza, a causa de la saturación de los servicios de la UCI del hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, tuvieron que ser trasladados a Barcelona, y, tercero y fundamental, porque en muchas ocasiones las condiciones meteorológicas no permiten el traslado de enfermos críticos en avión-ambulancia.

Queremos también, señorías, que se mejore el servicio actual de transporte avión-ambulancia con la finalidad de definir no sólo el tiempo de respuesta, sino el entrenamiento del personal sanitario para ofrecer un nivel de calidad, rapidez y eficacia inexistente en la actualidad.

Solicité al Ministerio copia del pliego de condiciones del convenio suscrito entre el Insalud y Ambulancias Insulares, S. A., ya que al parecer, según informaciones aparecidas en prensa, una inspección realizada en el mes de marzo de este año descubrió que Ambulancias Insulares realizaba el servicio con un avión Islander diferente al que figuraba en el concierto, un Rockwell Turbo Commander, que no cuenta con la posibilidad de ser presurizado, lo que es altamente beneficioso para el traslado de enfermos del corazón por elevarse por encima de los 12.000 pies y salvar las zonas de la atmósfera en las que se producen las tormentas.

¿Por qué pedimos en nuestra proposición no de ley que se amplíe hasta cinco la plantilla de especialistas en medicina intensiva, que se aumente el número de camas hasta llegar a siete y que se correlacione el número de ATS y auxiliares con los índices de referencia de ATS/cama en el

resto de las UCI del Insalud? Porque el colectivo médico estima que es necesario que sea así y aportan pruebas para demostrar la necesidad de medios y de personal. Así, explican que la ocupación media real de la UCI, que es de un 90 por ciento, sobrepasa la media nacional, cifrada en un 72,6 por ciento, y la máxima ideal, que es de un 85 por ciento.

Si no hemos incluido ningún plazo para que esta solicitud nuestra en esta proposición no de ley se cumpla es porque hemos considerado que no era oportuno en principio establecer un límite temporal para no entrar en disquisiciones temporales sino bajar al fondo del asunto, pero yo creo que en la mente de todos está que si esta proposición saliera adelante tendrían que cumplirse estos requisitos que nosotros solicitamos en un plazo máximo de seis meses.

Por todo ello, señorías, solicitamos una UCI acorde a las necesidades y singularidades de nuestras islas de Ibiza y Formentera para poder ofrecer una asistencia adecuada a los pacientes con patologías críticas.

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señora Cava de Llano, por favor.

Quiero hacer dos ruegos, señorías. Uno, dirigido a S. S., para que concluya y, el otro, dirigido al resto, para rogarles una vez más que guarden silencio.

La señora **CAVA DE LLANO I CARRION**: Decía, señorías, que solicitamos una UCI acorde a nuestras necesidades para poder ofrecer una asistencia adecuada a los pacientes con patologías críticas. Pretender supeditar esta asistencia a limitaciones presupuestarias supondría admitir que la población de Ibiza y Formentera no tiene derecho a las mismas prestaciones básicas que la población de otras regiones.

Acabamos de oír al Director General de Planificación y Aseguramiento, don Francisco Sevilla, que gran parte de la población de Ibiza tenía que hacer seguros privados ante la carencia de cobertura pública. Esto puede ser admisible en personas con un nivel económico alto, pero no es admisible que esta carencia de medios de salud pública obligue a ello a personas económicamente débiles.

Señoría, nosotros sabemos que las islas menores como Ibiza y Formentera se convierten en muchas ocasiones en islas olvidadas. Carecemos de muchas cosas que resultan normales en zonas peninsulares o en islas mayores, como puede ser universidad para nuestros hijos, autopistas, servicios ferroviarios y un largo etcétera. Soportamos todo a pesar de que no se nos descuenta de los impuestos los servicios que no recibimos, pero el nuestro es un pueblo solidario y aguanta y calla.

Es en nombre de esa solidaridad, que entendemos que ha de ser de ida y vuelta, en el que yo les pido que no nos nieguen su apoyo en una reivindicación tan justa y necesaria como ésta, en la que está en juego la vida de muchas personas, adelantando ya a SS. SS. que si así lo hacen el pueblo de Ibiza y Formentera se lo agradecerá.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos Parlamentarios que desean fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona. **(El señor Vicepresidente, Blázquez Sánchez, ocupa la Presidencia.)**

El señor **CARDONA I VILA**: Señorías, permítasenos, con todos los respetos, hacer un ejercicio puramente teórico de una hipótesis. Podríamos decir en este caso, vistos y oídos los argumentos de las dos partes (de una parte, la acusación: falta de especialistas suficientes, escaso número de camas, necesidad de transporte coherente con la circunstancia de insularidad, etcétera; y de otra parte, la defensa: hay recursos suficientes tanto desde el punto de vista técnico como desde el punto de vista humano), que nos correspondería dar un veredicto a través de los votos que nosotros tenemos en función de la composición de la Comisión. Podríamos también abstenernos por falta de pruebas suficientes, pero, señor Presidente, señorías, con toda seriedad y con el mayor sentido de responsabilidad, debo manifestar que nos hemos informado, oportunamente y dentro de nuestras posibilidades, y hemos deducido que, aun reconociendo que puedan ser mejores las condiciones objetivas de asistencia —todo es mejorable—, no encontramos razones suficientes para pensar que existe un agravio comparativo con otros territorios en razón a una hipotética deficiencia asistencial sanitaria.

En consecuencia, desde este punto de vista, nosotros no podemos apoyar la proposición no de ley.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Tiene la palabra la señora Maestro, por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, señorías, la verdad es que la historia de los servicios sanitarios de Ibiza es, como en otros lugares de España, una historia de reivindicaciones populares, de movilizaciones populares, que van consiguiendo dotaciones de recursos con los que anteriormente no se contaba y que realmente eran considerados como imprescindibles. Es decir, que hasta el año 1985 no haya en Ibiza, en una isla, un hospital comarcal, es, cuando menos, llamativo. Evidentemente, en historias complejas como lo es ésta hay aspectos muy diversos, pero yo creo que uno de los fundamentales —es necesario decirlo— es que se trata de una historia de gestores que han entendido el cumplimiento presupuestario en un sentido economicista, más allá de criterios económicos más amplios y más allá de criterios de responsabilidad personal y administrativa con los ciudadanos cuyos servicios administran. Hasta el año 1991 no había ningún intensivista en la unidad de cuidados intensivos de Ibiza, es decir, los pacientes críticos eran, todos, trasladados, cuando era posible y cuando la capacidad instalada de camas lo permitía, al hospital de Palma de Mallorca. Como todos ustedes saben, señorías, profesionales o no de la sanidad, el tiempo es un factor fundamental a la hora de valorar las posibilidades de recuperación, y más en un paciente crítico, en un accidentado o en un enfermo cardiovascular, y hasta el año 1991 había una imposibilidad absoluta de que ningún paciente crítico de Ibiza contara con la atención in-

tensiva imprescindible. Después de esto, han ocurrido una serie de movilizaciones, por parte de la población y por parte del personal. Una negativa inexplicable —lo digo con todo respeto, pero también con toda dureza, a los señores del Partido Socialista que sostienen al Gobierno—, porque no es admisible que los gestores hayan estado obstruyendo el desarrollo de una unidad de cuidados intensivos que ahora parece que se pretende poner en marcha. ¿Es que esa unidad de cuidados intensivos no era necesaria en el año 1991? ¿Es que los pacientes críticos de Ibiza no tenían el mismo derecho, en el año 1991 que ahora, a ser atendidos como es debido, con los medios técnicos y con el nivel de especialización técnica y científica requerido? Ha sido una historia de obstrucción y de oscurantismo en los datos —yo he realizado una pregunta parlamentaria a la cual todavía no he tenido respuesta—, porque existe evidencia documental de una tergiversación de los datos reales de ocupación y de asistencia en la unidad de cuidados intensivos, que han sido alterados en la transmisión de los mismos al Insalud, con lo cual los criterios por los cuales el Insalud valora la necesidad o no de instalar determinados servicios, estaba realizándose sobre datos alterados. Porque, evidentemente, la fuente de datos con los que cuenta cualquier gerencia no tienen otro origen que los proporcionados por los propios médicos, por las personas responsables de cada servicio. Se está hablando insistentemente de datos de ocupación entre el 60 y el 70 por ciento, cuando el propio servicio habla de una ocupación del 90 por ciento. ¿Cuál es el misterio? El misterio es que los muertos en menos de 24 horas, que son ingresos de menos de 24 horas, no se contabilizan como tales, cuando ese tipo de paciente, por desgracia, es enormemente frecuente en una unidad de cuidados intensivos. Y es evidente que una unidad de cuidados intensivos con una ocupación del 90 por ciento está sobresaturada, porque los criterios de saturación de camas no son los mismos en un servicio de estas características que en cualquier otro servicio. **(La señora Presidenta ocupa la Presidencia.)**

Al principio de mi intervención yo hacía una afirmación que quiero explicar. ¿Por qué digo que se está actuando en función de criterios presupuestarios y no de criterios económicos globales? El traslado de pacientes al hospital de Palma de Mallorca no es solamente un riesgo para la supervivencia de los pacientes críticos, sino que además es enormemente más caro que la dotación adecuada a una unidad de cuidados intensivos que, insisto, dadas las condiciones de insularidad, debería requerir un nivel de cualificación y de dotación material, en alguna medida, superior a la de cualquier UVI comarcal que pudiera contar con un hospital de referencia más accesible que el hospital de Can Misses de Ibiza. Además, el traslado de enfermos es más caro que esa dotación; lo que pasa es que es otra partida presupuestaria. Es decir, se pueden cumplir presupuestos perfectamente cuando las partidas presupuestarias son diferentes, aunque el coste global y —lo que es más importante— las posibilidades de supervivencia de los pacientes en el primer sentido aumentan y en el segundo disminuyen.

Quiero terminar diciendo que es verdad que la Administración ha tomado medidas. Con fecha 6 de octubre, la

Directora General del Insalud define una plantilla para la unidad de cuidados intensivos de Ibiza de cuatro especialistas. El 6 de octubre de 1994. Para algo han servido las presiones, para algo. Pero no es de recibo que una administración esté actuando en un tema como éste, tan sensible y tan lógicamente sensible para la población de Ibiza, a golpe de presiones por parte de la población y a golpe de presiones por parte del propio personal sanitario. En este momento se define una plantilla de cuatro intensivistas. Teniendo en cuenta otro hecho que está en la mente de todos, cual es que en la época de verano la población de Ibiza casi se triplica, y teniendo en cuenta las vacaciones a las que los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos tienen derecho, como lo tiene todo el personal, es evidente que durante una parte importante del año existirían tres personas en cuidados intensivos, con una guardia cada tres días; insisto en que las guardias en cuidados intensivos no se parecen en nada a las guardias en cualquier otro servicio.

En consecuencia, nosotros compartimos la preocupación del Partido Popular por esta cuestión, con una afirmación sobreañadida: la mejor defensa de la sanidad pública es la defensa de la calidad y de la cantidad de servicios sanitarios. Nosotros también compartimos que en la UCI de Ibiza es necesaria una capacidad instalada de siete camas. Insisto, porque en la gestión ha presidido el oscurantismo y la persecución de aquel que se atrevía a levantar la voz, incluidos traslados de familiares, etcétera, como forma de presión para que los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos abandonaran la misma, y la imposibilidad real de definir el presupuesto de la UCI como unidad presupuestaria identificable, si la Mesa me lo permite, partiendo de la base de la aceptación de los planteamientos de fondo del Grupo Popular, yo querría plantearle al Grupo Parlamentario proponente una enmienda «in voce», si es posible. Como bien decía la Diputada interviniente, pediríamos la concreción a seis meses en el período para poner en marcha una UCI con las características completas y una dotación global, no un incremento de dotación, sino una identificación presupuestaria de 50 millones de pesetas para gastos de personal, incremento de plantilla en médicos y ATS, y 100 millones de pesetas como gasto global, insisto, no como incremento de dotación presupuestaria en la capacidad instalada existente.

La señora **PRESIDENTA**: Debo informar a S. S. que su propuesta de presentación de una enmienda «in voce», desde el punto de vista reglamentario, no es posible, dado que debió ser presentada, al menos con seis horas de antelación. Hubiera sido posible en el caso de un enmienda ya existente que enmendara de manera transaccional, pero reglamentariamente esto no es posible.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Costa.

El señor **COSTA COSTA**: En primer lugar, me gustaría centrarme en el espacio en que estamos debatiendo una problemática desconocida para la mayoría de las personas que tienen que adoptar esa decisión. Sería conveniente que

centráramos la problemática recurriendo a la historia reciente.

No es en el año 1991 cuando Ibiza no tiene una asistencia sanitaria como es debido. En el año 1991 empieza a tenerla. Históricamente hay un situación lamentable de la sanidad. Mientras muchas personas progresistas, gente sensata que luchaba por la sanidad pública, se estaba manifestando a favor de implementar los medios humanos, los recursos materiales y las dotaciones para crear esa infraestructura sanitaria, había otras personas que vivían instaladas cómodamente viviendo de las rentas de la sanidad privada, cosa legítima, pero que no legitima para actuar ahora en defensa de la sanidad pública, ya que lo que pretenden es quebrar el sistema para volver a lo que es su origen: vivir mejor de las rentas de la sanidad privada. Es conveniente conocer estos datos, porque, si no es así, no se puede tomar una decisión rigurosa y seria sobre la problemática que planteamos.

Es verdad que Ibiza es una isla con 70.000 habitantes y que un hospital comarcal de esta medida no tendría una unidad de cuidados intensivos, sino que esta unidad estaría en un hospital de referencia a unos kilómetros de distancia, probablemente en la capital de una provincia, como sucede en el conjunto del sistema sanitario del Estado español. Es verdad que esto funciona así dentro del sistema sanitario público que nos hemos dado. Pero porque Ibiza es una isla, porque tiene esas singularidades, porque ha habido gente que ha reivindicado, con razón, la necesidad de una UCI, porque el Partido Socialista y el Gobierno han sido sensibles a esos argumentos y los han apoyado hasta lo razonable, se ha creado una UCI en un hospital comarcal con las dimensiones que se han dicho y para atender a la población que aquí se ha dicho. Luego la excepcionalidad ya se ha producido, y es que allí exista una UVI, necesaria y bien dotada, humana y materialmente.

Creo que la mayoría de S. S. conocen que está dotada suficientemente, dentro de las limitaciones presupuestarias que tiene nuestro país para atender una demanda que no tiene límite, que siempre sería mejorable y que en Ibiza y Formentera está mejor dotada que en otros lugares de nuestro país. Es un privilegio que tenemos por ser islas y porque no tenemos la posibilidad de recurrir de manera inmediata a hospitales de referencia.

Aclarada esta parte, quiero recordarles a S. S. que en Ibiza no había ni en 1985 ni en 1982 un hospital comarcal. Desde que el Gobierno socialista está en el poder se ha construido no sólo un hospital comarcal, sino que además atiende las necesidades de los ciudadanos de las islas Pitiusas con un alto grado de satisfacción, algo que duele a muchos agentes sanitarios privados. Porque hay mucha gente que prefiere pagar en la sanidad pública antes que ir a la oferta privada que existe en nuestras islas. Por lo tanto, hace daño a determinados sectores económicos relacionados legítimamente con la sanidad. Insisto que hay un alto grado de satisfacción por parte de los ciudadanos con los servicios sanitarios que se están prestando.

Es verdad que existe alarma social. ¡Claro que la hay! La han creado quienes han traído esta propuesta, que se han encargado de llevarla a todos los ayuntamientos. (Ru-

mores y protestas.) Pero ¿qué manifestación pública de ciudadanos ha habido en la isla de Ibiza, no de interesados políticamente de captar votos, ni de arreglar el problema sanitario, sino de personas que nunca han estado en esto, exigiendo mayor calidad en la prestación del servicio que nosotros deseamos y vamos a seguir impulsando? **(Risas.)** Pero, señorías, ustedes, que ahora se ríen y que seguro que han ido allí de vacaciones, podrían ir a visitar nuestro hospital y seguramente sentirían envidia, en el caso de que en su provincia usen la sanidad pública, cosa que dudo.

Para aclarar conceptos les diré que la UCI está dotada con cuatro intensivistas y un cardiólogo que concurre en los turnos de guardia, es decir, cinco personas, con cinco diplomados en enfermería y con recursos técnicos necesarios para poder desarrollar su función. El conflicto actual no ha sido derivado de la necesidad de mayores servicios, cosa que no pedían los médicos de la UCI. Decían que eso estaba correctamente planteado y ésa era la reivindicación original. El conflicto se ha planteado cuando ha salido a concurso una plaza que estaba cubierta de forma provisional por una de las personas que han estado luchando para lograr que exista una UCI. Y cuando esa persona se ha visto desplazada por la ley, porque ha salido a concurso publicó esta plaza, ha originado una alarma social que no tiene ningún contenido. Porque al día siguiente de quedarse vacantes por concurso esas plazas de la UCI, eran cubiertas por el Insalud y S. S. lo conoce perfectamente.

El índice de ocupación de la UCI es del 62,96 por ciento, habiéndose incrementado la estancia media, debido a una mayor preocupación por la atención a los pacientes de esta unidad, porque un año antes era de 2,75 días.

Quiero recordarles a SS. SS. que los médicos implicados en este servicio pidieron a la inspección del Insalud que hiciera un estudio respecto a las cifras oficiales que se ofrecían por parte de la dirección del hospital. Ha habido una inspección y ha determinado que las personas implicadas en el servicio estaban falseando los datos de ocupación de la UCI para alarmar a la población injustificadamente. **(Rumores en los bancos del Grupo Popular.)** Esto se hizo a petición de los propios profesionales.

Señorías, quiero recordarles que el Insalud tiene la posibilidad, y probablemente la está ejerciendo, de abrir un expediente a aquellos profesionales que injustificadamente han alarmado a la población con datos falsos para lograr unos objetivos que no se corresponden con su cuestión profesional ni con su función... **(Rumores en los bancos del Grupo Popular.)**

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señor Costa, por favor. Señorías, les ruego respeten el turno de intervención de los distintos portavoces. Todas SS. SS. son muy libres de expresar las opiniones, ya que, de acuerdo con los conocimientos y la información de que disponen, pueden hacerlo. Respeten, por favor, las discrepancias que se producen habitualmente entre los distintos portavoces. Continúe, señor Costa, y le ruego concluya.

El señor **COSTA COSTA:** Voy concluyendo, no sin antes decir que quien tiene legitimidad para hablar aquí de

sanidad pública en las islas Pitiusas no son los proponentes de esta proposición no de ley, sino quienes nos hemos ocupado durante años de que exista una asistencia sanitaria equiparable por lo menos a la que hay en el conjunto del país. Vamos a seguir defendiendo esta asistencia con los medios de que dispone el Estado y mejorarla según se van produciendo las necesidades.

Quiero aclarar dos cuestiones más de la proposición no de ley, una de las cosas que no ha dicho. Primero, el servicio de traslado de enfermos está funcionando; efectivamente, está en concesión a una empresa que termina su contrato el 31 de diciembre y el Insalud no tiene —y así lo ha manifestado reiteradamente— ningún inconveniente en rescindir ese contrato y hacer uno nuevo que tenga una mejor cobertura, si eso es posible, de los traslados de Ibiza la hospital de referencia o a otros, porque no es solamente al hospital de referencia donde se producen los traslados. En estos momentos existe un plan acordado con los profesionales de urgencias del Hospital de Can Misses y del Hospital de Mont de Tor en Menorca, que han participado en la elaboración de un plan para eliminar las disfunciones que se habían producido en algunos casos para evacuación de enfermos, sobre todo si tenían que ser evacuados a un hospital que no fuera el de referencia, el de Son Dureta.

En estos momentos eso está perfectamente instrumentado con un sistema de 061 que está dando unos resultados, considero, plenamente satisfactorios. Hay planes de formación continuada para estos profesionales que se dedican a hacer las evacuaciones y, por tanto, se está desarrollando en base al interés de los ciudadanos todo este proyecto sanitario para las islas Pitiusas.

Finalmente, señorías del Partido Popular, espero que tarden mucho en ganar las elecciones, pero el día en que las ganen no van a poder mirar a la cara a sus electores **(La señora Cava de Llano y Carrió: ¡Eso tú!)**, porque van a querer hacer universidades para 71 personas en la isla de Ibiza. Ustedes serán capaces, además, reduciendo el presupuesto, reduciendo el gasto público y el déficit público, de dar todo aquello que nosotros no hemos sido capaces de hacer.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Costa, le ruego que concluya.

El señor **COSTA COSTA:** Por tanto, espero que, aún tardando mucho tiempo, algún día puedan demostrar su capacidad, que hasta ahora la han demostrado poco, al menos donde gobiernan. **(Rumores.—La señora Cava de Llano y Carrió pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señora Cava de Llano, ¿para qué solicita la palabra?

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO:** Entiendo que la intervención del representante del Grupo Socialista ha sido ofensiva. Creo que mis manifestaciones han sido absolutamente respetuosas, aunque discordantes, con lo existente y me parece que me corresponde un turno de réplica.

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, como sabe, en este trámite parlamentario no existe esta posibilidad de réplica. No parece, en opinión de esta Presidenta, que el señor Costa haya sido ofensivo. Es verdad que ha habido discrepancias, pero las habituales.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO**: Alusiones.

La señora **PRESIDENTA**: Alusiones son otra cuestión, pero su señoría me está hablando de una intervención molesta.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO**: Insultante.

La señora **PRESIDENTA**: En absoluto podemos valorar la intervención del portavoz socialista como insultante, sí como fuertemente discrepante, evidentemente. Efectivamente, también se han producido algunas alusiones. Si su señoría quiere tomar la palabra por alguna alusión concreta, se la concedo muy brevemente.

Le ruego no reabra el debate.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO**: Lamento el papel que le ha tocado jugar en esta ocasión al representante del Partido Socialista, diputado de Ibiza y Formentera, y conoecedor de la sanidad pública...

La señora **PRESIDENTA**: Perdona, señora Cava de Llano, límitese, por favor, al objeto de la réplica, que es la alusión.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRIO**: La alusión simplemente es que yo siempre miraré a la cara, y con la frente muy alta, a mis electores, cosa que dudo que pueda hacer él. (Rumores.—El señor Costa Costa pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señor Costa, por favor, no reabramos el debate.

El señor **COSTA COSTA**: Por la misma alusión, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Finalizado el aclarado debate de esta proposición no de ley, señorías, vamos a proceder a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 20.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada la proposición no de ley.

Señorías, concluido el orden del día, se levanta la sesión.

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

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961