



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1988

III Legislatura

Núm. 258

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el miércoles, 13 de abril de 1988

ORDEN DEL DIA

Contestación a las siguientes preguntas:

- Relativa a relación existente entre la estadística española de accidentes infantiles en 1986 y 1987 y la estadística de los países de la CEE (formulada por la señora Izquierdo Arija, de Coalición Popular) («B. O. C. G.» número 156, Serie D, de 1-3-88) (número de expediente 181/000559).
- Relativa a causa de los accidentes infantiles, en orden de prioridad, ocurridos en 1986 y 1987 (formulada por la misma señora Diputada) («B. O. C. G.» número 156, Serie D, de 1-3-88) (número de expediente 181/000560).
- Relativa al lugar del hábitat del niño en que se han producido los accidentes en 1986 y 1987, ordenados en función de la frecuencia (formulada por la misma señora Diputada) («B. O. C. G.» número 156, Serie D, de 1-3-88) (número de expediente 181/000561).
- Relativa al número de accidentes infantiles producidos en España en 1986 y 1987 (formulada por la misma señora Diputada) («B. O. C. G.» número 156, Serie D, de 1-3-88) (número de expediente 181/000564).
- Relativa a posición del Ministerio de Sanidad y Consumo ante la huelga de Auxiliares Administrativos de los Ser-

vicios del Insituto Nacional de Salud (INSALUD) ante la creación de los Servicios Regionales de Salud de las Comunidades Autónomas que no tienen competencias legislativas plenas en materia de Sanidad (formulada por la señora Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia Cristiana) («B. O. C. G.» número 157, Serie D, de 4-3-88) (número de expediente 181/000574).

- Relativa a propuestas del Informe elaborado por la Dirección General de Farmacia en relación con el envasado y cierre de medicamentos (formulada por la señora Izquierdo Arija, de Coalición Popular) (número de expediente 181/000563).
- Relativa a situación en la que se encuentra el desarrollo normativo del artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios (formulada por la misma señora Diputada) («B. O. C. G.» número 156, Serie D, de 1-3-88) (número de expediente 181/000565).
- Relativa a cumplimiento de los objetivos que marca la Ley por el Instituto de Salud Carlos III (formulada por la señora Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia Cristiana) («B. O. C. G.» número 161, Serie D, de 16-3-88) (número de expediente 181/000622).
- Relativa a existencia de posibles prácticas de eutanasia en forma encubierta en los hospitales del Insituto Nacional de la Salud, INSALUD (formulada por la misma señora Diputada) («B. O. C. G.» número 163, Serie D, de 18-3-88) (número de expediente 181/000647).
- Relativa a situación desfavorable creada al personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social como consecuencia de la integración del personal procedente de los hospitales clínicos universitarios con personal no sanitario de la Seguridad Social (formulada por el señor Revilla Rodríguez, del CDS) («B. O. C. G.» número 160, Serie D, de 11-3-88) (número de expediente 181/000579).

Comparecencia del señor Director General de Correos del Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones, para informar de la situación por la que atraviesa la Administración de Correos, motivada por las irregularidades y retrasos producidos en los repartos y de la política seguida en materia de personal (a solicitud del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana) (número de expediente 212/000991).

Dictamen de la proposición de ley por la que se modifican determinados artículos del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral aprobado por Real Decreto 1568/1980, de 23 de junio («B. O. C. G.» número 86-I, Serie A) (número de expediente 124/000001).

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

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- **RELATIVA A RELACION EXISTENTE ENTRE LA ESTADISTA ESPAÑOLA DE ACCIDENTES INFANTILES EN 1986 Y 1987 Y LA ESTADISTITCA DE LOS PAISES DE LA CEE, FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA DE COALICION POPULAR**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días. El primer apunto del orden del día es el trámite de control relativo a las preguntas planteadas al Ministerio de Sanidad y Consumo, para cuya respuesta está con nosotros el señor Arrojo, al que le damos la bienvenida a la Comisión.

La primera pregunta es la relativa a relación existente entre la estadística española de accidentes infantiles en 1986 y 1987 y la estadística de los países de la CEE, formulada por doña Pilar Izquierdo Arija.

¿Entiende doña Pilar que las siguientes preguntas que están relacionadas con este tema las puede formular en

un sólo trámite, o prefiere hacer uso de su derecho reglamentario a hacerlo por partes?

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Prefiero hacerlo por partes, si usted no tiene inconveniente, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: No hay ningún inconveniente. Tiene la palabra para formular la primera pregunta.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Buenos días señor Arrojo y gracias por estar aquí. Esperemos que de su información podamos aclarar algunos puntos que tenemos un poco oscuros y que se refieren a la preocupación que yo tengo por la siniestralidad en el mundo infantil. Quizás usted pueda poner un poco de luz en ellos.

En este sentido, yo quisiera que usted, si es tan amable, me pudiera decir qué relación existe entre las estadísticas españolas en accidentes en 1986 y 1987 y las estadísticas europeas de nuestro entorno.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA**

SANITARIA (Arrojo Martínez): Con mucho gusto, señora Diputada. Espero que a usted le coste que compartimos esa preocupación. Existe una estadística que proviene de la información del Sistema europeo de vigilancia de accidentes de ámbito doméstico y ocio, conocido como ELAS, y se han realizado 149.107 encuestas, de las cuales podemos extraer la información que usted nos solicita. Voy a compararle, en base a esta encuesta del Sistema europeo de vigilancia de accidentes de ámbito doméstico y ocio, los datos de siniestralidad o accidentes infantiles en España y en la CEE visto desde distintas perspectivas.

En cuanto a distribución de los accidentes infantiles basados en esta encuesta, haciendo un extracto de tres tramos de edades de 0 a 4 años, de 5 a 9 y de 10 a 19, podemos señalar que en España existen unos porcentajes, como seguramente usted conoce, ligeramente superiores en cuanto a accidentes infantiles respecto a la Comunidad Económica Europea. De 0 a 4 años, hay un 15,8 por ciento, frente a un 13,8 por ciento; de 5 a 9 años, un 14,8 por ciento, frente a un 11,0, y de 10 a 19 años, un 27,5, frente a un 24,0 por ciento. No cabe duda de que este hecho diferencial habrá que correlacionarlo con la propia educación de la población y, por supuesto, con la pirámide de edad, que en los países europeos, como usted sin duda no desconoce, tiene una forma distinta a la nuestra; es decir, existe un porcentaje inferior en niños.

En cuanto al tipo de asistencia que recibieron en el hospital, comparando las estadísticas de España y la CEE, no necesitan tratamiento en España el 10 por ciento, y en la Comunidad Económica Europea, en su conjunto, el 5,34. Fueron tratados y enviados a su domicilio en España un 44 por ciento, frente a un 41,65 en la Comunidad Económica Europea. Fueron tratados y remitidos a la atención primaria un 25 por ciento en España y un 19,63 en la Comunidad Económica Europea. Fueron tratados y posteriormente atendidos en el hospital un 15,7, frente a un 27,27 en la Comunidad Económica Europea, y fueron hospitalizados el 4,3 por ciento, frente a un 5,63 por ciento en la Comunidad Económica Europea.

Entiendo que posiblemente la respuesta, dado que usted ha optado por hacer una serie de preguntas individualizadas, pero en esta primera que usted nos formula por mi parte puede ser satisfactoria. Otros aspectos de la explotación de esta encuesta ELAS y de distintas cuestiones relativas a accidentes infantiles, podría contestárselas en otro momento, si la Presidencia lo tiene a bien, o en otras preguntas que usted misma formula en esta sesión.

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

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Gracias por la cifras que usted me ha dado. Son datos que francamente ponen de manifiesto que nosotros estamos en inferioridad de condiciones en lo que respecta al índice de siniestralidad referente al mundo que nos rodea. Me alegra que usted me dé estas cifras y me gustaría que me dijera de qué documentación las ha extraído, ya que en la que nosotros manejamos no hemos podido obtener estos datos que nos

proporciona hoy en la Comisión. Las estadísticas que nosotros tenemos señalan un índice bastante alto. Lo que más me extraña es que hasta ahora, en todas las estadísticas que manejábamos, no teníamos un porcentaje del tipo de accidentes y dónde ocurrían, pero eso nos lo puede usted explicar, y qué casos vuelven otra vez al hospital, ya que me preocupa que en Europa vuelvan más los niños al hospital que aquí en España. ¿Es que nosotros luego no hacemos un seguimiento de los niños y nos desprecupamos de ellos?

Me gustaría que usted, cuando termine la Comisión, me indique la documentación que ha manejado para saber de dónde ha sacado estas cifras y poder compararlas, repito, con las que nosotros manejamos.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Con mucho gusto puedo poner a su disposición, incluso por escrito, estos datos estadísticos, ya que se perciben mejor leídos que verbalmente oídos. Tenemos dos fuentes estadísticas en este momento para manejar, que es el Sistema europeo de vigilancia de accidentes de ámbito doméstico y ocio (sistema a base de encuestas), y luego tenemos la propias estadísticas de la encuesta nacional de salud de julio de 1987, diseñada por el Centro de Investigaciones Sociológicas. En la medida en que nuestros hospitales no tienen que llevar un registro exclusivo y no tienen que hacer una serie de actividades por ley relativas a accidentes de niños, sino que tienen sus registros generales de entrada o de ingreso, posiblemente la información en base a encuestas sea más fiable que la información en base a los registros del sistema hospitalario, que también complementan las encuestas, puesto que como veremos posteriormente tienen distinta metodología de acopio de datos. En unos casos incluimos los accidentes de tráfico y en otros casos no. La encuesta de estadística del Sistema de vigilancia europea de accidentes no incluye el tráfico, seguramente porque entiende que el niño que tiene un siniestro en un accidente de automóvil lo tiene porque está allí, pero no porque sea un siniestro propio de lo que puede ser una actividad infantil, frente al sistema nuestro de la encuesta nacional de salud, en la cual lo que se registra son los problemas, las enfermedades, los traumatismos, etcétera, de aquellas personas que según la legislación española son calificadas de niños. Creo que la encuesta de vigilancia de accidentes va dirigida a la finalidad que entiendo yo que usted persigue con la pregunta. No tengo ningún inconveniente, es para nosotros un placer, servirle la información de las encuestas que tenemos y en base a la cual estoy elaborando las respuestas.

— **RELATIVA A CAUSA DE LOS ACCIDENTES INFANTILES EN ORDEN DE PRIORIDAD, OCURRIDOS EN 1986 Y 1987, FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA, DE COALICION PUPULAR**

— **RELATIVA A LUGAR DEL HABITAT DEL NIÑO EN QUE SE HAN PRODUCIDO LOS ACCIDENTES EN 1986 Y 1987, ORDENADOS EN FUNCION DE LA FRECUENCIA, FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA, DE COALICION POPULAR**

El señor **PRESIDENTE**: Segunda pregunta relativa a causa de los accidentes infantiles en orden de prioridad ocurridos en 1986 y 1987, formulada por doña María del Pilar Izquierdo Arija, del Grupo de Coalición Popular. Tiene la palabra para formular la pregunta.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Voy a agrupar en este momento la segunda y la tercera pregunta, porque creo que pueden ir unidas. Yo quisiera hacer aquí una aclaración al señor Arrojo. En la primera pregunta, tal y como la teníamos formulada, yo le pedía que nos dijera las causas de accidentes infantiles en orden de prioridad ocurridos en 1986 y 1987. En la segunda, el lugar del hábitat del niño en que se han producido estos accidentes ordenados en función de su frecuencia.

A mí me preocupa que en cuanto al número de accidentes, (y hemos mirado estadísticas) al menos en los datos que nosotros hemos manejado, a preguntas que yo he formulado por escrito al Gobierno, las cifras que me daban estaban referidas a años anteriores a 1986 y 1987. Es decir, que no se conocían datos de 1986 y 1987.

De todas maneras, cuando yo he hecho esta batería de preguntas lo que me preocupaba es el mundo infantil, que relaciono entre los cero años hasta los once o doce años. A partir de ahí, el niño deja de ser niño y las estadísticas europeas que anteriormente me daba usted, que abarcaban hasta los diecinueve años, no me sirven, porque en los dieciocho años, y algunas veces a partir de los dieciséis, en Europa los niños tienen un carnet de conducir, lo que produce en la primera etapa de la juventud un número de accidentes grave. Está demostrado que es en esa primera etapa de conducción de los jóvenes cuando más siniestralidad hay y más accidentes de moto y de coches.

También nos preocupa el hábitat en el que se desarrollan estos accidentes, porque no es lo mismo un accidente en la ciudad que en el campo, ni tampoco el medio en que se desenvuelven. Si los hijos están en un ambiente acomodado, si están en familias necesitadas, si trabajan ambos cónyuges, si los padres tienen algún problema propio y tienen abandonados a los hijos, si están a cargo de hermanos pequeños o si la madre al trabajar les tiene que dejar solos. Todas estas circunstancias cambian mucho los hechos.

Además, me interesa que destaque qué número de accidentes hay en el área urbana o en el área rural, porque éste varía según el hábitat, ya que no es lo mismo la siniestralidad en el campo, que tampoco está seguida, como la siniestralidad en la capital, donde generalmente al menor accidente se corre al hospital. En cambio, en el mundo rural muchas veces el médico ni da cuenta de estos accidentes, con lo cual es imposible que estadísticamente se conozcan.

En un mundo rural existe al alcance de los niños una

problemática distinta a la que pueda haber en una ciudad, donde un crío puede coger leñas, quemarse con un aceite en la cocina, caerse por el hueco de una escalera, etcétera. En cambio, en el campo quedan a su alcance plaguicidas, fertilizantes, las lumbres bajas en las casa, donde los críos al jugar se caen y se producen un alto número de accidentes por quemaduras.

Por eso me interesaba que me dijera cuántos accidentes hay, primero, en los años 1986 y 1987, que no constan en mis estadísticas y, segundo, cómo se consiguen estas estadísticas, porque ya le digo que una cosa es conseguir las en el medio rural y otra cosa en los hospitales. Antes de formular estas preguntas yo he intentado que los hospitales de Zamora y algunos de aquí me dieran el índice de accidentalidad que hay, y nadie lleva una reseña de ellos. Por tanto, a mí me extraña que usted sepa exactamente el número de accidentes que existe. Quisiera conocer cómo se saben esos accidentes, cómo se lleva para que usted maneje las cifras con exactitud, luego el hábitat y el medio en que el niño se desenvuelve, quién sufre más accidentes si el niño o la niña y las causas de los mismos.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Secretario General de Asistencia Sanitaria tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Entiendo que lo que desea la señora Diputada en este momento es acumular las preguntas 1.2 y 1.3, aunque el número de accidentes también lo pregunta la señora Diputada en la 1.4 y tendré gusto de poderla responder.

Como le digo, usted plantea dos o tres problemas de metodología que juzgo muy interesantes. En primer lugar, cuál es el concepto niño. Tampoco es cuestión de entrar aquí en esta metodología. Usted sabe que estamos contemplando elevar la edad pediátrica hasta los catorce años, porque existen otras cotas, como son los dieciséis años, en la legislación española, etcétera.

No obstante, como usted misma reconoce, el problema que distorsiona más estas estadísticas es el de los accidentes de tráfico. Por ello, la propia estadística del Sistema europeo de vigilancia excluye los accidentes de tráfico de estas causas de siniestralidad, precisamente porque desdibujan el problema que se quiere atajar, que es la vigilancia de accidentes en el ámbito doméstico y ocio.

En cuanto a la otra fuente de datos que tenemos, que es la encuesta nacional de salud, le tengo que decir que estos datos son, repito, por encuesta, puesto que no existe en nuestros hospitales la obligación de establecer registros que nos especifiquen estas cuestiones o que de alguna manera puedan ir enfocadas a determinar las preguntas que usted formula. Por tanto, el método de aproximarnos a la realidad es por encuesta y está sujeto a intervalos de confianza y a márgenes de error. Cualquier cifra que aquí se dé sin duda es estimativa, puesto que se basa en las encuestas: una encuesta del Sistema europeo y otra encuesta nacional de salud, como le digo, diseñada por el CIS. Por tanto, no hay datos exactos, sino que provienen, insisto en ello, de encuestas y, como tal, tienen unos in-

tervalos de confianza y unos márgenes de error mayores o menores. De momento, a estos efectos existe un problema de definición metodológica. La encuesta europea de vigilancia sí tiene este fin específico, pero la encuesta nacional de salud, como usted muy bien conoce, tiene otras muchas utilidades y, por tanto, no cuida la muestra escogida para responder exclusivamente a este problema, sino a toda una serie de problemas de tipo epidemiológico.

Con estas matizaciones yo le voy a aludir a estos dos métodos de encuestación: la encuesta de vigilancia europea, que excluye accidentes de tráfico, y la encuesta nacional de la salud, que no los excluye, puesto que tiene, como le digo, otras finalidades de conocimiento epidemiológico más amplios que la encuesta europea.

Usted nos pregunta, en primer lugar, cuál ha sido la causa de los accidentes infantiles en orden de prioridad, sobre lo que sí le puedo ofrecer datos estimativos, aunque insisto que por encuesta, ocurridos en los años 1986 y 1987.

La frecuencia sobre 18.405 encuestas ha sido la siguiente: caídas, el 49 por ciento; golpes, choques, colisiones y otros contactos mecánicos, el 24,6 por ciento; cortes, desgarros, etcétera, el 10,4 por ciento; cuerpos extraños, obstrucciones respiratorias y ahogos, el 7,1 por ciento; esfuerzos y agotamientos físicos, el 4 por ciento; corrosión y envenenamientos, el 3 por ciento y quemaduras, explosiones y radiaciones el 1,7 por ciento.

Destaca, como las propias cifras nos expresan, el número de caídas, con un 49 por ciento, es decir, casi la mitad de la siniestralidad de estas muestras de 18.405 encuestas que se han realizado.

En cuanto al hábitat del niño, lamento no poder ofrecerle en este momento una respuesta de hábitat correlacionado a renta. Es decir, lo que en terminología estadística se conoce como bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto, pero sí le puedo establecer datos de ambas encuestas sobre ámbito en cuanto al lugar donde se producen los hechos —y paso a continuación a referírsele—, también en datos de 1986 y 1987.

De acuerdo con la encuesta nacional de salud —me estoy refiriendo a la del año 1987, diseñada como le decía por el CIS— en casa y en las escaleras, el 28 por ciento; en la calle, el 37 por ciento —usted sabe que incluye el tráfico—; en carreteras y en accidentes de tráfico, el 37 por ciento; en la escuela, el 26 por ciento; otros, el 4 por ciento, y como en toda encuesta un residual de no contesta, el uno por ciento.

Voy a ofrecerle ahora datos de la encuesta del Sistema europeo de vigilancia, que como usted sabe excluye accidentes de tráfico, y a estos efectos quizá nos refleje mejor la realidad. Los datos son los siguientes: en domicilios y alrededores de la vivienda, el 41,1 por ciento; en la escuela, el 20,6 por ciento; en la vía pública, el 18 por ciento; practicando deportes, el 11,3 por ciento; al aire libre, el 6,2 por ciento, y en zonas comerciales, industriales y otros el, 2,0 por ciento.

Estos son los datos que le puedo ofrecer, referidos a 1986 y 1987, relativos a las dos encuestas que estamos manejando en este momento.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Izquierdo tiene la palabra.

Yo les rogaría, aunque no les recuerdo el tiempo, que está tasado, y que se ajustaran en lo posible.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Sus datos, señor Arrojó, son francamente esclarecedores, ya que por ellos vemos que hay una diferencia, sobre todo en lo que se refiere a la accidentalidad en vías de carreteras, en los accesos, en juegos, etcétera, que es justamente el doble en España que en Europa.

Además, yo no creo que sea tan difícil llevar una encuesta más detallada desde el punto de vista hospitalario. A mí me parece que en los hospitales está introducida la informática y, lo mismo que se lleva un seguimiento de las enfermedades infecciosas, se podría llevar un estudio de todos los accidentes que hay.

Me alegro de las cifras que usted me da, porque en preguntas que yo hice al Gobierno en su momento me respondían que el mayor índice de accidentes lo daba tráfico. Sin embargo, hoy reconocen ustedes, según estadísticas, que el mayor número de accidentes ocurre en el hogar. (El señor Vicepresidene, Correas Parralejo, ocupa la Presidencia.)

Nosotros presentamos una proposición de ley que fue rechazada en esta Cámara, en orden a tomar medidas para que la siniestralidad en el hogar bajara, y en base a tener varios datos, porque en esta siniestralidad (sería un poco largo de explicar y el señor Presidente nos cortaría) nosotros entendemos que el aumento es progresivo dentro del hogar y en la primera etapa de la vida, ya que de uno a cuatro años es cuando estos accidentes se producen más y muchas veces es por la tecnología que se ha introducido en los hogares y porque la mujer se ha incorporado al mundo del trabajo y muchos niños quedan solos, por lo cual están aumentando diariamente estos accidentes. Hacía falta varias cosas, entre ellas las medidas que nosotros en esa proposición de ley presentábamos, como era, por ejemplo, exenciones fiscales a los padres que tuvieran una persona cuidando a esos niños cuando trabajan, ya que, trabajan no por capricho, sino por obligación. Sobre todo, que tuviéramos un buen sistema de guarderías para que estos niños no tuvieran que quedarse solos en casa, y una divulgación a nivel nacional, tanto en televisión como en prensa y en todos los medios de comunicación, para que se supiera en España el problema de los accidentes, la secuela de los mismos y lo que puede pasar a nuestros hijos.

Creemos que una mejor información daría lugar a que los padres nos concienciáramos del grave problema del deterioro de la salud de nuestros hijos y del coste que para la Seguridad Social y para el país supone este número de accidentes. El hecho de que haya más accidentes de tráfico y que más niños estén involucrados, no tiene nada de extraño, puesto que también en España, en todo tipo de accidentes de tráfico, vamos a la cabeza, como ha pasado en esta Semana Santa. Precisamente en estos últimos accidentes están involucrados muchos niños que regresaban con sus padres. También hay que tener en cuenta la vigi-

lancia, ya que si los niños estuvieran recogidos en guarderías y tuvieran sitios donde estar, posiblemente anduvieran menos por las calles y sufrirían menos accidentes de tráfico, porque usted habla de accidentes en las vías, pero no dice si esos accidentes son porque los niños vayan con sus padres en los coches o porque estén jugando en la calle. Si tuvieran esos chiquillos un sitio donde estar jugando recogidos, posiblemente serían menos los accidentes, en las ciudades bajarían sensiblemente y no tendríamos tantos como existen en estos momentos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señora Diputada, yo no puedo decir, porque la estadística es así, que los accidentes en España sean el doble ni mucho menos. Le puedo ofrecer incluso el tramo que creo que a usted le preocupa que es de cero a cuatro años, donde los porcentajes comparados son: frente a un 33,6, un 18 por ciento. Tenemos un porcentaje de siniestralidad en Europa que es inferior, pero no es el doble, como le estoy diciendo. Sí, es mayor en la vía pública, pero nunca llega a las cifras del doble. Yo le ofrezco estos datos. Se puede decir —y así lo he expuesto en mi primera respuesta— que la siniestralidad en España es superior en dos puntos sobre la siniestralidad europea, pero de ninguna manera es el doble.

Respecto a las otras cuestiones que usted plantea, yo creo que hay algunas que se están acometiendo. Estos datos los tenemos ahora y no los teníamos antes. Creo que son cifras que nos pueden permitir sacar algunas conclusiones importantes. Son datos recién obtenidos y creo que bastante fiables. Hay otra serie de iniciativas, algunas de las cuales usted misma en esta sesión creo que se interesa por ellas, como es, por ejemplo, el desarrollo del artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios, y otras que sin duda pueden mejorar esta siniestralidad.

Otros problemas que usted expone creo que se enmarcan más en lo que es un proyecto de política de asignación de recursos, si hay que construir más o menos guarderías, más o menos escuelas u otras cuestiones que conectan directamente con los proyectos de presupuestos y la política, de alguna manera, de inversiones, o la política económica, o la política de bienes públicos en general, y que exceden a la respuesta que yo le pueda dar en estos momentos.

— **RELATIVA A NUMERO DE ACCIDENTES INFANTILES PRODUCIDOS EN ESPAÑA EN 1986 Y 1987, POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA, DE COALICION POPULAR**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la pregunta 1.4, relativa a número de accidentes infantiles producidos en España en 1986 y 1987, tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Presidente, vol-

vemos quizás a ser reiterativos, pero yo quisiera que me dijera usted exactamente el número de accidentes que ha habido en 1986 y 1987, por eso mismo que le comentaba antes de que las estadísticas nos remiten al año 1982, que es la última que se conoce cierta del número de accidentes. Querriamos saber el número exacto de accidentes que ha habido en estos dos años.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Realmente, no quiero dar una respuesta evasiva ni muchísimo menos. Usted sabe que el accidente infantil es muy amplio en su definición y que muchos de estos accidentados no se dirigen de ninguna forma a ningún sistema hospitalario para su atención. Por tanto, siempre me tengo que referir a los datos de la encuesta nacional para la salud realizada en el mes de julio de 1987, y le tengo que precisar más los datos, puesto que la pregunta es muy directa.

Frente a 39.637 personas, de las cuales 10.447 eran niños superiores a un año y menores de seis, se pone de manifiesto que el 9 por ciento de los niños a que se refiere pudo haber sufrido algún tipo de accidente en los últimos doce meses. Este es el dato que mejor nos refleja la encuesta, entendido este tipo de accidentes desde una forma muy amplia, que puede ser desde traumatismos en la calle, quemaduras, intoxicaciones, es decir, todos los tipos de accidentes que se pueden contemplar. El 9 por ciento de los niños —entrevistados los padres— pudo haber sufrido, repito, algún tipo de accidente en los últimos doce meses. Y hay otro dato que puede ser también revelador, la media de accidentes que se había producido por niño en el referido tiempo fue del 3,86 por ciento.

Otra cuestión son aquellos eventos que dieron por causa la muerte, en las cuales sí podemos precisar los datos, que usted también formula en su pregunta.

Por tanto, le podría contestar en base a esa encuesta que de esta muestra de 10.447 niños, el 9 por ciento ha sufrido algún tipo de accidente en los últimos doce meses, y si preguntáramos cuántos accidentes pudo sufrir, iríamos al dato del 3,86 por ciento por niño en el citado tiempo.

Le puedo referir, si usted lo desea, las lesiones causadas y le puedo referir otros datos relativos a porcentajes, en estos últimos doce meses, de contusiones, heridas, distensiones, fracturas, etcétera.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: De los datos que usted enumera llego a la conclusión de que no tienen las cifras exactas de accidentes que hay en España. Tienen una cifra aproximativa sobre una encuesta de población y eso no tiene unas garantías totales, porque habría que saber dónde y en qué medio se ha hecho esa encuesta. No es lo mismo haberla hecho —como decía usted antes— en un

medio urbano que hacerla en el campo. De todas maneras, no es aclaratoria ni definitiva, y me parece un poco raro que podamos legislar y podamos intentar paliar el número de accidentes cuando no sabemos exactamente qué número de accidentes tenemos ni el motivo que ha producido esos accidentes. De ahí mi pregunta y mi preocupación de que habría que hacer un seguimiento de estos accidentes para, al menos, poder poner a trabajar a todo el mundo que esté implicado, como son padres, ministerios, educadores, a todos aquéllos que tengan que ver con el mundo infantil, y que estos accidentes vayan disminuyendo, aunque estoy segura de que no pueden ser eliminados porque los niños son imprevisibles o sea, una reducción al ciento por ciento es prácticamente imposible, pero sí una disminución de este número de accidentes, que, a mi juicio y por los periódicos, no por las estadísticas, y por la información que recibes de los médicos particularmente, el número no es tal y como ustedes lo reflejan en las cifras, sino bastante más alto, porque la mayor parte de los accidentes, como decía antes, que ocurren en el medio rural no pasan ni por el hospital ni por ninguna parte. Si ustedes se preocuparan de que los médicos de los ambulatorios y los médicos de los hospitales llevaran un seguimiento de los números de accidentes que ocurren por las atenciones que prestan, y se mandarían lo mismo que se mandan los de los infecciosos, nosotros conoceríamos en estos momentos el número exacto de los accidentes que hay en España.

En resumen, ustedes tienen una suposición de que puede haber un tanto por ciento de accidentes, pero no conocemos la cifra exacta. Por tanto, es imposible legislar a base de una utópica línea que no tenemos idea de la que es. No se pueden poner remedios a unos problemas que no conocen. Luego nuestra proposición de ley, cuando la presentamos en esta Comisión, iba justamente en este sentido de reducir los índices de mortalidad en el mundo infantil, de reducir el número de accidentes en el mundo infantil, y mal se puede reducir una cosa que no se sabe la que es.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señora Diputada, tenemos una cantidad de información que sin duda antes no teníamos sobre en qué lugar se producen los accidentes, si han tenido que ser tratados en primaria hospitalaria o no, qué tipo de accidente ha sido, cómo se ha producido, y qué efectos produjo. Una información que creo que no se tenía, repito. En todo el mundo se recurre a la encuesta para tratar este tipo de problemas y acercarse a esta realidad y, como le he señalado, las encuestas tienen una alta potencia y tienen unos intervalos de confianza. Naturalmente, el Centro de Investigaciones Sociológicas, que es un organismo experto en hacer encuestas, se dirige tanto al medio rural como al medio urbano. El método de encuestas no es exclusivo nuestro, es un método que utilizan todos los países. En un tema que, como usted re-

conoce, es tan amplio en su concepto, tanto por la cantidad de casos que pueden existir, como por la cantidad de atenciones que pueden ser prestadas al niño, que pasan desde las de su propia casa hasta la asistencia de un médico o de un sanitario no médico, hasta su ingreso en un hospital, seguramente es mucho más fiable la información obtenida por encuestas que tienen unos intervalos de confianza, que la obtenida por unos registros que también tienen su coste. La llevanza de registros no es gratuita. Los registros tienen su coste, necesitan ser cumplimentados y no cabe duda de que aumentan la carga burocrática que imponemos a nuestros facultativos en el sistema sanitario.

En nuestra opinión, el método de encuesta —que es el método que se impone en toda Europa para acercarse a esta realidad, porque la encuesta va dirigida a lo que se quiere saber, como pasa en la que estamos comentando— es perfectamente válido. Creo que existe una alta tecnología en materia de encuestas que nos permite obtener datos extrapolados importantes, y creo que aquí el dato básico no es saber exactamente qué número de niños ha tenido un siniestro, que yo se lo podría estimar dividiendo la población infantil por el porcentaje que le he expuesto, es decir, el 9 por ciento de los niños en los últimos doce meses. Eso lo puedo estimar yo, usted y cualquiera. Lo importante es saber cuáles son las causas de siniestralidad, por qué se producen, dónde se producen, qué efectos tienen y qué tratamiento necesitan, porque de ahí vamos a obtener datos para la prevención de los accidentes y datos para la atención de los mismos, vamos a saber si necesitamos más o menos aparatos sanitarios para atender a esos accidentes. Creo que estas encuestas, que son muy nuevas, tienen una cantidad de información importante, y una fiabilidad también importante. Pero lo mismo que le digo que una encuesta está dirigida a este fin, la otra está dirigida a otros fines de ámbito más amplio, y por tanto, responde a otras utilidades, a otras explotaciones, y son posiblemente un método más adecuado que ir a otros métodos de captación de información más costosos, que imponen una carga burocrática de la cual se quejan profusamente incluso los servidores del sistema sanitario. Estas encuestas permiten conocer con un grado de detalle suficientemente grande cuáles son, como digo, las causas, el entorno, las edades, las comparaciones, incluso los tratamientos subsiguientes que estos eventos o accidentes han tendido en el mucho del niño en general.

En cualquier caso, no cabe duda de que nos queda muchísimo por avanzar en el conocimiento de estas cuestiones y sobre todo en sus remedios. Todo cuanto se haga siempre será poco, como usted muy bien dice, en cuanto a la prevención de accidentes que, por otra parte, la propia naturaleza de un niño hace inevitables en un determinado grado, nivel o porcentaje.

— **RELATIVA A POSICION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ANTE LA HUELGA DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSA)**

LUD), ANTE LA CREACION DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE NO TIENEN COMPETENCIAS LEGISLATIVAS PLENAS EN MATERIA DE SANIDAD, FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA, DE LA AGRUPACION DE LA DEMOCRACIA CRISTIANA

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la pregunta número 5, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, como tengo noticias de que este mismo lunes, anteayer, parece ser que había una reunión concertada entre el colectivo de auxiliares administrativos del INSALUD y el propio INSALUD, y me gustaría saber qué es lo que se ha hablado en esa reunión le voy a exponer, antes de que usted me conteste, unas cuantas causas por las que se están llevando a cabo las huelgas que ha habido y los problemas que se están derivando de ellas, para que luego me diga qué medidas piensa tomar el INSALUD.

La primera de las causas por las que se ha producido el movimiento de este colectivo fue por la división de la función administrativa en cuatro niveles: el técnico, el de gestión, el de administración y el de auxiliar administrativo. La segunda, cuando el INSALUD integró directamente a los distintos colectivos del personal administrativo que procedían del AISNA, de hospitales clínicos, etcétera, que prestan servicio en instituciones sanitarias, en la función administrativa de las instituciones sanitarias y les permitió el acceso automático al grupo administrativo, opción que, en cambio, no se les dio a los propios auxiliares administrativos del INSALUD. La tercera causa que ellos prevén que también va a ser un motivo grande de problemas es la creación de los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas que no tienen competencias en materia de sanidad.

Supongo que todo esto lo habrá hablado el INSALUD con los afectados, si es verdad que se ha celebrado esa reunión, porque, además, yo querría recordar en esta Comisión y supongo que todos los miembros de la misma lo sabrán que hace año y medio aproximadamente la Agrupación de Izquierda Unida presentó en esta misma Comisión una proposición no de ley sobre la situación discriminada de los auxiliares administrativos del INSALUD que fue aprobada por todos los grupos parlamentarios, excepto por el Socialista. Pienso que si entonces se hubiera aceptado lo que proponía la Agrupación de Izquierda Unida, probablemente no se hubiera llegado a esta situación.

Le agradecería al señor Arrojo que me dijera qué medidas van a tomarse para solucionar la problemática de este colectivo y si acaso después yo le haré una pequeña acotación.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Gracias, señora Salarrullana.

El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Con mucho gusto le respondo. Permítame que empiece por el tenor literal de la pregunta por escrito que me habían formulado, sin perjuicio de que con mucho gusto me extienda —brevemente, por supuesto— en algunos aspectos que usted ha mencionado y sin perjuicio también de que responda debidamente a otra pregunta correlacionada con el tema de otro Diputado presente en esta Cámara. (El señor **Presidente** ocupa la **Presidencia**.)

Los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, como usted sabe, se crean porque existe un Título VIII, un desarrollo autonómico, unos estatutos, en los cuales se asume una competencia; hay un decreto de transferencia de servicios y existe una Ley General de Sanidad que da un mandato para aquellas comunidades que alcancen el techo competencial de crear sus servicios de salud en el plazo de doce meses. Por tanto, algunas comunidades autónomas que tenían competencia para asumir la transferencia del INSALUD, han creado sus servicios de salud por leyes de sus propios parlamentos y han integrado dentro de los mismos al personal transferido del INSALUD en virtud de decretos.

Yo entiendo que lo que usted nos pregunta es la posición de la Administración central ante el problema de los administrativos. No cabe duda que el problema que están planteado los auxiliares administrativos afecta a la parte no transferida que, como ustedes saben, es más o menos el 51 por ciento, según el índice de coste efectivo de población que ustedes quieran y afecta a la parte transferida, que es más o menos el 49 por ciento. Incluso le diría que, en grandes números, de las 13.000 personas que hubieran estado afectadas por esta problemática, 6.500 pertenecerían directamente al INSALUD y el resto pertenecerían a las comunidades autónomas.

Las comunidades autónomas que tienen creados sus servicios de salud tienen —lo mismo que el INSALUD en la parte no transferida— que afrontar el problema planteado y tienen que afrontar las demandas o las negociaciones con los auxiliares administrativos, porque al no estar desarrollada legislación básica específica —como podía ser el Estatuto-marco, del que tantas veces hemos hablado en esta Cámara— a las comunidades autónomas les afecta, lo mismo que al INSALUD toda una serie de normativa básica, leyes de función pública, etcétera, y también las leyes de sus propios parlamentos, que ellos mismos han elaborado.

Resumiendo, las comunidades autónomas que han creado sus servicios de salud tienen un entorno de normativa básica y además tienen, en algunas ocasiones, una ley de función pública que afectan a su propio territorio, y en ese entorno jurídico es en el que se han de mover para resolver el problema que tienen planteado. Y al otro 51 por ciento corresponde al INSALUD, al que también le afecta esta normativa básica, y la otra, como puede ser el Decreto de 3 de septiembre de 1977 de retribuciones de personal, que no afecta a las comunidades autónomas, puesto que no es básico.

Cada administración, en función de las competencias

que ha asumido, es responsable, por tanto, en virtud de la normativa que tiene planteada, de resolver su problema. ¿Quiere decir que ante un problema nacional o que se plantea en varios sitios no haya interlocución entre las distintas administraciones? No. Yo le digo que hay frecuentes reuniones entre los servicios de salud de las comunidades autónomas donde está transferido y el INSALUD, para precisamente hablar de este problema. Son frecuentes estas reuniones, en las cuales, por supuesto, están presentes todas las comunidades autónomas que tienen el servicio transferido, me refiero al País Vasco, Cataluña, Valencia y Andalucía.

Así pues, esta cuestión considero que todos la entendemos perfectamente. Por tanto, cada uno tiene que afrontar este problema dentro del marco jurídico que tiene planteado y que es absolutamente claro, sin perjuicio de que la Administración Central, naturalmente el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, se reúnan con los servicios de salud para buscar una salida, porque usted sabe que en materia del sistema nacional de salud a mí no me parece que sea bueno que en cada lugar se adopten posiciones absolutamente diferentes y opuestas que de alguna manera rompan esta idea que todos tenemos de ese sistema nacional de salud y que es perfectamente respetuosa con las competencias de cada uno, que reconoce la Constitución, los Estatutos y múltiples sentencias del Tribunal Constitucional.

En cuanto a otra serie de cuestiones que usted nos trae a colación, que sin duda son conocidas y bien traídas, le diré que lo que el INSALUD hace es simplemente cumplir las leyes, y naturalmente, cuando existen leyes de este parlamento sobre integración de los clínicos o existen otras leyes que nos permiten las integraciones de la AISNA, nosotros tenemos que cumplirlas. Por otra parte, no se excluye que existe un Estatuto de los Trabajadores que regula toda una serie de convenios que existían entre el personal laboral de los hospitales clínicos y otras personas que se integran en el INSALUD, y que sin duda hay que cumplir, puesto que los convenios hay que plasmarlos al pasar al terreno administrativo con una determinada fuerza jurídica.

Por tanto, lo que hace la Administración es mejorar las ofertas que tenía con respecto a las que existían anteriormente de función administrativa de una forma amplia y coordinarse con los servicios de salud en obtener una solución que pueda servir para toda España, con respeto absoluto de las competencias que cada servicio de salud y el propio INSALUD tienen. Se trata, como digo, de mejorar el tema, y sin duda, cumplir las leyes, el Estatuto de los Trabajadores y los convenios que tenía este personal, sea de clínicos o sea de AISNA, cuando se integró en virtud de un mandato de ley en la propia estructura del INSALUD. Esto es sin duda lo que puede hacer la Administración, porque, como le digo, existe un marco legal que permite hacer unas cosas y otras no, y para cambiar ese marco legal tendríamos que hacerlo al menos con norma de rango de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Salarrullana, por tiempo de cinco minutos.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: En realidad, señor Arrojo, su explicación me lleva precisamente a dos de las cosas que yo le quería decir al final, porque por supuesto estamos de acuerdo en todo el funcionamiento que usted ha explicado sobre las competencias de las comunidades autónomas que las tienen transferidas, y las que no las tienen, y si sigue el INSALUD dirigiendo la sanidad. Precisamente, los dos temas que ha planteado usted, repito, son a los que yo le quería llevar.

El primero es la falta del estatuto marco. Como resulta que todos los funcionarios, todos los trabajadores al servicio del INSALUD están esperando ese estatuto marco y no viene —y en esta Cámara se nos ha prometido muchas veces— está pasando que se están haciendo decretos, órdenes ministeriales y normativas que en realidad están ya condicionando a ese estatuto marco, con lo cual yo no sé lo que va a salir el día que venga, porque para entonces estará ya absolutamente condicionado, no sólo por todo ese marco legislativo que acaba de decir usted que ya existe en las comunidades autónomas, sino en las propias del INSALUD.

Por último, le quería decir que, efectivamente, usted ha demostrado aquí que el INSALUD, tal vez por las leyes que hemos hecho aquí y que ha tenido que cumplir, se ha portado muchísimo peor con sus propios trabajadores que con los que le han venido de fuera. Yo creo que el propio INSALUD debía de solucionar este problema y que por lo menos el Ministro enviara a esta Cámara algún tipo de decreto-ley para que los funcionarios de su Departamento no se sientan discriminados ante los demás.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señora Salarrullana, precisamente la normativa básica existe y usted lo conoce perfectamente. Hay un gran volumen de normativa básica que afecta a este personal administrativo. Existe una gran cantidad de normativa básica y, por tanto, yo creo que, aunque no esté promulgado el estatuto marco que como todos sabemos deberá tener rango de ley según las últimas sentencias si quiere regular lo que por ejemplo la Ley de Sanidad dice que quiere regular, si existe un acervo de normativa básica que en este momento permite garantizar una solución del sistema nacional de salud, es decir, una solución que sirva —digamos— a ese concepto de sistema nacional de salud que todos deseamos, tanto el propio Estado como las comunidades autónomas que tienen el servicio transferido.

Por otra parte, yo le diría que, evidentemente, el INSALUD no tiene ningún interés en tratar mal a nadie, más bien al contrario, en mejorar en todo lo que pueda, siempre que sea compatible con el mandato que ustedes nos hacen todos los años que se llama presupuestos. Fíjese si esto será así que frente a lo que nos encontramos negociado con todas las centrales sindicales sobre función administrativa que eran más o menos —había que desglosar mucho y no me quiero extender— unas 250 plazas, es-

tamos ofertando 1.500 en este momento y, lo que es más importante, estamos ofertando —y esto creo que sí es ayudar a los trabajadores del INSALUD— o estamos estudiando, y lo saben muy bien los sindicatos, vías de formación para que las personas que no tienen titulación —que es el gran problema que como usted sabe existe— puedan obtenerla sin dejar de asistir a su trabajo todos los días, porque es lo que necesita la sociedad y puedan obtener, por ejemplo, la FP2. Esto es lo que estamos ofertando.

Le tengo que decir que, desgraciadamente, en los servicios públicos uno tiene unas limitaciones de tipo presupuestario y de tipo legal. A veces no se sabe cuáles son las que más condicionan. El gestor ofrece a su gente todo lo que puede, y digo su gente, a nuestra gente, a nuestros administrativos. Entiendo que hemos mejorado la oferta en la última reunión con los sindicatos de una manera muy notable y estamos trabajando en algo que creo que es un poco la clave, es decir, que aquellas personas que siempre van a tener un problema de titulación puedan acceder a esa titulación no digo fácilmente, porque no se trata de regalar nada a nadie, sino que se le den los medios, los procedimientos específicos a una persona que está trabajando una serie de horas al día, que está prestando un servicio que, por otra parte, como ustedes saben, es un trabajo que se podría calificar como duro, porque el trabajo de nuestro sistema sanitario no es precisamente blando.

En ese sentido, nosotros no tenemos ninguna conciencia de maltrato. Lo que sí existe es una conciencia de respeto, ya que hay unos convenios que se negocian en los hospitales clínicos y en la AISNA que nosotros respetamos, porque ustedes hacen una ley y nosotros tenemos que respetarla.

En cuanto a nuestro personal, aumentamos de manera notable la oferta que había recibido. Es tan notable como que es seis veces mayor que la que existía hace algún tiempo negociada por los sindicatos y en la que estaban de acuerdo, y buscamos una serie de vías —y esto yo creo que es lo más importante— que vamos a plasmar para que las personas que no tienen la titulación —que ahí está la clave— puedan acceder a ella, repito, pero sin obtener ningún regalo, sino con el producto de su propio esfuerzo, haciendo que sea perfectamente compatible con el esfuerzo que realizan todos los días atendiendo a nuestros enfermos y a nuestros ciudadanos.

Esta es un poco la filosofía del tema. Evidentemente, hay leyes que exigen tener un título para ejercer una determinada posición y hay presupuestos que tienen una determinada dotación. El esfuerzo que estamos haciendo le aseguro, señora Diputada, que es muy grande. Sacar en una sola oposición sólo para INSALUD, sólo para el 51 por ciento de nuestro sistema nacional de salud, 3.000 plazas —50 por ciento vía restringida— y ofrecer un sistema de obtención de una titulación, creo que es un esfuerzo que al menos en la administración sanitaria no tiene precedentes.

Lo demás es cumplimiento de leyes y cumplimiento del Estatuto de los Trabajadores, así como de dinámica de

convenios, y, como sabe, nosotros no podemos incurrir en incumplimientos de este tipo.

El señor **PRESIDENTE**: Me gustaría recordar tanto al señor Arrojo como a los señores Diputados que tienen preguntas pendientes que deben procurar ajustarse al tiempo, sobre todo en la segunda respuesta, que no es más de cinco minutos, y así podemos agilizar un poco el trámite.

— **RELATIVA A PROPUESTAS DEL INFORME ELABORADO POR LA DIRECCION GENERAL DE FARMACIA EN RELACION CON EL ENVASADO Y CIERRE DE MEDICAMENTOS, FORMULADA POR DOÑA MARIA DEL PILAR IZQUIERDO ARIJA, DEL GRUPO DE COALICION POPULAR**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa a propuestas del informe elaborado por la Dirección General de Farmacia en relación con el envasado y cierre de medicamentos, formulada por Doña María del Pilar Izquierdo Arija, del Grupo de Coalición Popular. Tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: La práctica diaria nos señala que son los medicamentos una de las causas más importantes de accidentes en el hogar, y ello debido al mal cierre de los medicamentos, al atractivo de las grageas o de las píldoras que tienen dentro los envases, al cartónaje, que es deficiente, y también, hay que reconocerlo, al mal uso que hacemos los consumidores, que los ponemos muchas veces al alcance de los niños. Una buena divulgación y una buena educación, empezando por los padres y terminando en los colegios, haría que estos accidentes por lo menos disminuyeran.

Cuando yo, en una pregunta que hice al Gobierno, preguntaba sobre qué medidas se estaban tomando o qué normativa había vigente en este tema que tanto nos preocupa, el Gobierno se remitía a unas medidas concretas, con fecha de una orden del 15 de julio de 1982, que fue desarrollada más tarde en una resolución de 1982. Esta es la normativa concreta que existe en estos momentos, es decir, que es de hace ya seis años.

Después, cuando presentamos el pasado mes de febrero la proposición de ley a que me he referido en repetidas ocasiones, se me contestaba que si el programa EVAL, que si teníamos contactos con el Instituto de Normalización IRANOR. Y yo, mirando un poco lo que era el programa EVAL y refiriéndome a la contestación concreta del Gobierno a la pregunta que le formulé, tanto en este programa como en los contactos que la Administración tiene con el Instituto Español de Normalización veo un programa de buenas intenciones, puesto que, según la normativa vigente, se deja al criterio de la Dirección General de Farmacia algunas de las cosas que debieran de ser importantes, como el «manténgase esto fuera del alcance de los niños» o «peligroso por su ingestión», y son ellos los que tienen que determinar qué especialidades tienen que llevar

estas advertencias puestas fuera del cartón, o bien dentro en el etiquetado.

Me gustaría que, de una manera concreta, usted me dijera en estos momentos cuáles son las propuestas concretas del informe elaborado por la Dirección General de Farmacia en relación con el envasado y cierre de los medicamentos.

Esta es en concreto la pregunta que yo quisiera que usted fuera tan amable de contestar.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Yo creo que usted conoce que existe un informe elaborado por esta Dirección —nos lo dice por escrito— y que es producto, entre otras cuestiones, de una última reunión o de una serie de reuniones con toda una serie de organismos implicados en este problema que usted nos plantea: la propia Dirección General de Farmacia, la patronal de las industrias farmacéuticas, FARMAINDUSTRIA, los productores de medicamentos, el Consejo General de Colegios, el Centro Nacional de Farmacobiología, etcétera. En esta reunión se trató este problema y se ha llegado a una serie de conclusiones, algunas más claras que otras, que todavía tienen incorporados una serie de juicios de valor, que permitan introducir alguna normativa o alguna actualización de normativa frente a la que usted nos había señalado del año 1982, por ejemplo, en el proyecto de ley del medicamento que, como usted sabe, se está elaborando en el propio Departamento.

En cuanto a las conclusiones a que se ha llegado, no sólo por la Dirección General, sino por toda esta serie de instituciones implicadas en el problema que usted plantea, yo creo que hay conclusiones de tres tipos: unas conclusiones de educación frente al medicamento, que creo que son claras; unas conclusiones sobre listas de sustancias más peligrosas, y unas conclusiones sobre el tipo de envases, donde sin duda se ofrece más una cierta especulación sobre cuál es la mejor forma de obrar, y no es pacífica la cuestión para ninguna de las instancias preguntadas.

En cuanto a la lista de sustancias más peligrosas, sí hay una lista, más o menos cerrada, en este informe de estas reuniones que se van produciendo, que yo le paso a leer muy brevemente y no tengo ningún problema en facilitársela por escrito: neurológicas, cardiovasculares, analgésicos, broncopulmonares, gastrointestinales, antibióticos, antialérgicos, antihistamínicos, ciproptadina, fenotiacinas, espasmolíticos, metabólicos, oftálmicos, hematológicos.

Respecto al tipo de envases, se estudiaron fundamentalmente los envases recerrables y los envases no recerrables, que es un tema quizás excesivamente técnico para que yo me extienda en los diferentes envases, y exhibieron una serie de cuestiones que no había que dejar de lado en cuanto a su pertinencia.

Se concluye que, en materia de envases recerrables, un

tapón muy complicado podría incluso conseguir los efectos contrarios de los que estamos persiguiendo, puesto que a personas ancianas incapacitadas, con un grado de torpeza en su propia maniobrabilidad, pudiera llevarles a dejar el envase abierto, que es lo último que nos debía de pasar en este caso. Por tanto, se hacen toda una serie de estudios sobre todos los tipos de envases, tipo «blister», individuales, sobres, etcétera, relativos a este tipo de sustancias que se juzgan como más peligrosas y sobre qué tipo de envase deberían llevar.

Se seguirá avanzando en este terreno y, como le digo, no es cuestión pacífica, en cuanto al envase recerrable, cuál es el sistema mejor, habida cuenta de que hay muchas personas mayores, ancianas, con un grado de habilidad manual inferior a otras más jóvenes y, por tanto, podíamos llegar al efecto contrario si optaran por dejar el envase abierto por su excesiva dificultad a la hora de proceder a cerrarlo.

Lo que sí está muy claro, sin perjuicio de que se siga avanzando en esto, como se avanza en todas partes, es que lo fundamental aquí es la educación al consumidor, preocupación que yo creo que a usted, señora Diputada, le asiste, al menos por todas las preguntas que me ha formulado, y no cabe duda de que habrá que seguir insistiendo en guardar los medicamentos en lugares no accesibles al niño, en no conservar los restos de un tratamiento una vez finalizado éste, cuestión importantísima, y en seguir las advertencias y precauciones contenidas en los prospectos de los propios medicamentos, que dicen muchas cosas.

Tres frentes, por tanto, en los que se está trabajando. Un frente no pacífico, absolutamente técnico, sin ninguna carga política, que es el tema de los envases cerrables y los no cerrables en sus distintas modalidades técnicas, con las cuales no les quiero aburrir, por supuesto.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Izquierdo tiene la palabra.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Gracias, señor Arrojo. Me parece estupendo todo lo que usted me dice sobre la normalización que se intenta realizar, y la verdad es que en mi pregunta tampoco había ninguna carga política, sino una auténtica preocupación, porque todos somos conscientes de que en la manipulación de los medicamentos en los hogares está la causa de un número muy elevado de accidentes. Yo creo que si los laboratorios se conciencian, como parece ser que va a ocurrir, y con la ayuda de la Administración que les empuja a ello, para que los envases sean muchísimo más difíciles de manipular por los niños, que sean unos envases oscuros, con menos atractivos, y, sobre todo, que haya una buena divulgación y educación para que los padres los dejen fuera del alcance de los niños, esto podría tener al menos una repercusión en los índices de mortalidad, por lo menos de accidentalidad, en los niños.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez). Estoy de acuerdo con la señora Diputada.

— **RELATIVA A LA SITUACION EN LA QUE SE ENCUENTRA EL DESARROLLO NORMATIVO DEL ARTICULO 5.º DE LA LEY DE CONSUMIDORES Y USUARIOS, FORMULADA POR DOÑA MARIA DEL PILAR IZQUIERDO ARIJA, DEL GRUPO DE COALICION POPULAR**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa a la situación en la que se encuentra el desarrollo normativo del artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios, formulada por doña María del Pilar Izquierdo Arija, del Grupo de Coalición Popular. Para formularla tiene la palabra la señora Diputada.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Esta pregunta va prácticamente en el orden de todas las anteriores. Como le decía al principio de mi intervención, es un bloque de preguntas todas ellas tendentes a intentar, si no acabar, al menos sí mejorar la situación en que se encuentran los niños y el número de accidentes en el hogar en el que se ven implicados.

Según la Ley de Consumidores y Usuarios y según la Constitución, en su artículo 51, los poderes públicos deben garantizar la defensa de la salud y los derechos económicos de los consumidores, protegiéndolos mediante procedimientos eficaces. Hay un punto 5 (que es al que yo me referí en la proposición no de ley que traje a esta Cámara) que nos parecía importante: el desarrollo de esta Ley en defensa sobre todo de los niños y por lo que la trajimos a colación en aquella Comisión.

Leyendo el artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios, me parece que tiene muchos conceptos que creo que son un programa de buenas intenciones, porque a la hora de la verdad este artículo no ha sido desarrollado como casi toda la ley. Estoy de acuerdo en que muchos conceptos que se manejan en la Ley de Consumidores y Usuarios están ya puestos en vigor, al menos parcialmente, por decretos anteriores a la propia puesta en vigor de esta Ley, pero sobre todo, en lo que se refiere al artículo 5.º, y el Grupo Socialista decía que la mayor parte de los puntos que contempla este artículo están vigentes, yo quisiera decir simplemente, a título de puesta encima de la mesa, que la mayor parte de las cosas que recoge este precepto y que según el Grupo Socialista ya estaban en vigor, son decretos anteriores a la Ley de Consumidores y Usuarios que no han sido desarrollados posteriormente.

Por ejemplo, en lo que se refiere a sustancias peligrosas, un Decreto sobre fertilizantes del Ministerio de Agricultura de 1970 es el que está en vigor; en plaguicidas, el Decreto es del 30 de noviembre de 1983; en detergentes, del 13 de octubre de 1983; en lejías, del 30 de noviembre de 1983. Así podíamos seguir con la cantidad de cosas que hay que son susceptibles de que el niño pueda sufrir accidentes dentro del hogar, y todas estas cosas a las que

me refería están basadas y en vigor en decretos anteriores a la normativa a la que nos referíamos de la Ley de Consumidores y Usuarios.

Quisiera que usted me dijera porque yo, intentando ver en que punto está desarrollado el artículo 5.º, no sé si soy un poco torpe, pero no he encontrado el desarrollo de ninguna de las normativas de esta ley en qué punto está desarrollado, dónde está el proceso de desarrollo, y que medidas se van a adoptar para poner en pleno vigor dicho artículo 5.º de la ley de Consumidores y Usuarios.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): No voy a referirme a cuestiones (o sólo lo haré de pasada) como la participación en la encuesta ELAS, a nivel europeo de la que hemos hablado tanto, o la campaña del 15 de marzo, Día de los Derechos del Consumidor, que a usted sin duda no le pasó desapercibida, dedicada a la seguridad infantil y que ha tenido una difusión, nunca suficiente, pero bastante grande en España. Por tanto, me voy a referir a aquellas materias de tipo normativo, pues creo que hay dos tipos de cuestiones a los cuales referirse, porque sí existen disposiciones de desarrollo: Los Reales Decretos producidos con posterioridad a la ley 26/84 y el trabajo que se está haciendo ahora —que quizá pueda ver sus frutos en breve plazo—, que es la adaptación en España a las directivas comunitarias de una serie de materias que sin duda va a suponer un gran avance en este tema.

Yendo a materia de decretos, sí le puedo señalar que han sido aprobados, en el año 1985, dos Reales Decretos, el 84 y el 106, en los que se establecen las condiciones de seguridad del mobiliario doméstico y se hace hincapié en garantizar la seguridad de los niños. También se ha publicado el Real Decreto 842/85, que pretende evitar accidentes infantiles por uso de inhalación de colas, pegamentos, disolventes, barnices y demás productos similares, así como el Real Decreto 2330/85 sobre seguridad de juguetes y productos de apariencia engañosa. Este último quizá con una modernidad o avance, en cuanto a sus fines, que sin duda supera al estado de la cuestión que en la Comunidad Económica Europea se tiene en este momento.

Hay otra serie de disposiciones de desarrollo de esta ley que se pueden reseñar, como puede ser el Real Decreto 706/86 sobre condiciones de almacenamiento de alimentos; el Real Decreto 1010/85 sobre modalidades de venta ambulante, que también recoge aspectos relativos a seguridad; el Real Decreto 2216/85 donde se establecen determinadas exigencias de control de las sustancias nuevas y de las peligrosas; el Real Decreto 1495/86, de condiciones de seguridad que han de reunir las máquinas; el Real Decreto 7/88 sobre exigencias de seguridad de material eléctrico, y los Reales Decretos 2486/86 y 168/85 sobre transporte y almacenamiento frigorífico de alimentos alimenticios, que también contienen normas de seguridad.

Quizá la parte fundamental, o una parte no desdeñable del próximo trabajo administrativo, sea la adaptación de

las directivas comunitarias en materia de protección de la salud y seguridad de los consumidores, donde podemos destacar, entre otras, la adaptación de la directiva comunitaria de productos de apariencia engañosa, la de preparados peligrosos, la de seguridad en los juguetes —a la que nos hemos referido antes— y quizá, como importante, la adaptación de una directiva horizontal sobre inseguridad en productos de consumo.

En resumen, ésta es una materia muy amplia en la cual existe un número importante de reales decretos que desarrollan esta Ley de Consumidores y es una materia donde existen unas tareas por realizar que podríamos acentuar en lo que puede ser la adaptación para España de las directivas comunitarias a las que me he referido, en las que está trabajando el Instituto Nacional de Consumo en este momento y que verán su luz en breve.

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

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Estoy de acuerdo en que el desarrollo de la Ley entera, al estar todos los artículos incardinados dentro de ella, algunas cosas puedan influir de manera tangencial en el artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios, pero yo no le he preguntado por el desarrollo de la Ley, que es a lo que usted se ha remitido, sino que me refería al punto concreto del artículo 5.º

En cuanto a lo que usted manifiesta relativo a la seguridad de los juguetes, existe una propuesta de directiva —tengo aquí la respuesta del Gobierno—, aprobada por la CEE, que no entrará en vigor hasta el momento en que estén generalizadas las correspondientes normas TEN y, por tanto, nosotros estamos esperando a que entre en vigor esta normativa para adaptar nuestros juguetes a la normativa comunitaria. Usted se ha referido al desarrollo tangencial de algunos aspectos de la Ley de Consumidores y Usuarios, pero en cuanto a los fertilizantes, plaguicidas, detergentes y lejías, seguimos lo mismo. No tiene usted más que ir a cualquiera de las tiendas o almacenes, o simplemente a cualquier supermercado. Si usted compra una botella de lejía, verá que tiene un envase muy ligero: lo aprieta, salta el tapón y el niño se puede quemar.

Hace muy pocos días he ido a un supermercado, he adquirido una bolsa de sosa cáustica, que tan peligrosa es para los niños por las quemaduras que puede producir tanto internas como externas, porque las escamillas son muy atractivas y el niño se las puede tragar, y he visto que viene en una muy endeble bolsa de plástico, que está al alcance de cualquier niño para cogerla.

Sobre este tema del artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios, al menos en lo relativo a vigilancia, no se ha hecho absolutamente nada. Se lo digo como mujer y como ama de casa que tiene que llevar un hogar, que va todos los días a la tienda, sabe cómo se compran los detergentes, cómo se compran las lejías y cómo pueden estar al alcance de los niños.

Estamos de acuerdo en que las amas de casa y los padres tienen que tomar medidas en el hogar para retirar

esos productos del alcance de los niños, pero debe ser la Administración quien ponga en vigor unas medidas sancionadoras o ponga al día los decretos al día para que estas cosas no sigan en los sitios donde se venden y estén diariamente al alcance de los niños se requiere un largo proceso de medidas complementarias, tal como nosotros apuntábamos en nuestra proposición de ley, tanto de educación como normativa de los Ministerios afectados, para que estos hechos no se produzcan.

Hay decretos y normas de desarrollo de la ley en conjunto, pero yo me refería al artículo 5.º de la Ley de Consumidores y Usuarios. Tras su respuesta, sigo pensando lo mismo: hay cantidad de materias contenidas en este artículo 5.º de la mencionada ley que están sin desarrollar.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): En algo coincidimos. Hay temas sin desarrollar, pero hay otros que están desarrollados. **(Risas.)** Hay unas directivas, que debemos adaptar a España, que tratan estos asuntos.

En este sentido, sin duda, la seguridad es otra de las materias en las que queda por hacer. Estamos en la botella medio vacía, medio llena: hay temas por desarrollar y hay temas desarrollados. Hay un trabajo concreto de adaptación de directivas que se está haciendo en este momento.

Hay que calificar la acción administrativa de intensa en el terreno sobre el que usted me formula su pregunta. No cabe duda de que es un terreno complejo, en el que intervienen no sólo varios Departamentos ministeriales, sino que en materia de inspección hay, incluso, una distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En aras de la brevedad que nos pide el señor Presidente, no tengo más que señalarle que hay una importante serie de decretos, que hay una serie de trabajos de adaptación de directivas, que sin duda usted desconoce. No cabe duda de que hay materias pendientes de desarrollo, pero también hay otras desarrolladas.

— RELATIVA A CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS QUE MARCA LA LEY POR EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa a cumplimiento de los objetivos que marca la ley por el Instituto de Salud Carlos III, formulada por la señora Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia Cristiana. Tiene la palabra S. S.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Lamento, señor Arrojo, formular esta pregunta. **(Varios señores DIPUTADOS: ¡No la haga!)** Lo lamento, pero tengo la obligación de hacerla.

¿Cree el señor Ministro de Sanidad y Consumo que el Instituto de Salud Carlos III está cumpliendo debidamente los objetivos que le marca la ley?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): El Departamento de Sanidad y Consumo cree que el Instituto de Salud Carlos III está cumpliendo los objetivos que le marca la Ley General de Sanidad en sus artículos 111 y 112, y está cumpliendo uno previo y necesario para el cumplimiento de estos objetivos, que es la construcción del propio Instituto de Salud Carlos III.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Salarrullana por cinco minutos.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Sigo lamentando no estar de acuerdo. Le he formulado esta pregunta precisamente en el momento en que las personas que están trabajando en el Instituto Carlos III y, por supuesto, los que nos informamos de cómo funciona, empezamos a ver una leve brisa de esperanza de que comienza a solucionarse. Pero como es tan breve y tan leve, le voy a decir lo que a juicio de quienes me comunican sus problemas, y por lo que yo voy observando, funciona mal.

Son varios los males, muchos de nacimiento —que son los más difíciles de corregir—, que han aquejado al Instituto Carlos III desde el principio, tanto en su organización como en sus funciones.

El primero de ellos es su propia concepción. Se ha querido abarcar tanto y tan de un solo golpe, que ponerlo en marcha está costando más de lo que se pensaba.

En segundo lugar, se ha organizado con una exagerada cabeza que está costando hasta completar, porque todavía hoy en la Escuela Nacional de Salud está sin director (por lo menos ayer, no sé hoy). La cabeza del Instituto es tan grande y tan numerosa, que está provocando grandes conflictos, enfrentamientos y rivalidades dentro de direcciones generales del propio Ministerio. Usted, señor Arrojo, sabe mejor que yo a cuáles me refiero, pero no los quiero mencionar aquí, por supuesto.

En tercer lugar, no ha habido diálogo (o, si lo ha habido, ha tenido escasísimos y pobres resultados) con las Comunidades Autónomas para llevar a cabo una política de investigación con una líneas comunes y con una metodología, exactamente como manda el propio artículo 112.2 cuando dice que desarrollará sus funciones en coordinación con el Consejo Interterritorial de la Salud y en colaboración con las otras Administraciones públicas.

Todavía no se ha abierto —creo que se va a hacer a fin de año, pero todavía no lo está— el Centro de Investigación Clínica. Eso sí, ya tiene director.

La propia UGT denuncia públicamente el mal funcionamiento en muchos aspectos de este Instituto, señalando como puntos esenciales el incumplimiento de las normas de la CEE y de la OCDE sobre métodos analíticos en

alimentos y productos farmacéuticos, así como la insuficiencia y deficiencia de medios técnicos y humanos empleados en la lucha contra el SIDA. Pero no es eso lo que más me preocupa, porque son cuestiones organizativas y ya digo que se empieza a tener una leve esperanza de que se van a solucionar.

Me preocupa mucho más el incumplimiento del artículo 112.2, a), que dice que una de sus funciones será la formación especializada del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria. Subrayo «salud» porque el Instituto se dedica, sobre todo, a la formación para la gestión. Como siempre, la burocracia prevalece sobre lo demás.

La formación del personal sanitario español está no sólo a distinto nivel que en los otros países de nuestro entorno, sino que carece de objetivos, es anómala, disfuncional, dispar e insuficiente. Hasta el momento, las vías de formación han sido abrumadoramente heterogéneas, faltas de racionalidad y sentido común.

Tenemos una especialidad de medicina preventiva y de salud pública creada prácticamente sin contenido; una Escuela Nacional de Sanidad que vive en el pasado, que está ofertando un curso de oficial sanitario que dista mucho de cualquier maestría de salud pública de los países de nuestro entorno; un tercer ciclo universitario parcial y con poco peso investigador; la Escuela Andaluza de Salud, que ofrece cursos de epidemiología y administración de servicios sanitarios y, desde hace un tiempo, otras ofertas dignas de consideración por parte de otras entidades, como el CAPSE, ESADE, EADE, IS, etcétera.

Por eso digo que verdaderamente el Instituto Carlos III cojea en lo más esencial y en lo que todos pensábamos que iba a ser objeto de su mayor dedicación: la formación de todo el personal sanitario y la potenciación de toda la investigación.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que termine, señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Termino ya, señor Presidente. Nada más advertir al señor Arrojo que es muy posible que, como también el personal al servicio del propio Instituto Carlos III está muy descontento, porque no ve cumplidos sus ideales y sus esperanzas, se pase al Insalud, entre otras cosas porque querría tener las mismas condiciones que los estatutarios del Insalud.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Es realmente agradable para quienes trabajamos en las tareas que desarrollamos, que estamos, por supuesto, muy a gusto, con que alguien nos diga que hay una brisa de esperanza. Verdaderamente la hay. Creo que es algo más que brisa, pero no vamos a entrar en calificaciones meteorológicas. Le agradezco que me lo diga.

Usted dice que tiene una organización macrocéfala, con mucha cabeza. Yo creo que tendrá que haber un director

de la Escuela Nacional de Sanidad. No cabe duda de que tendrá que haberla, como hay directores de otras entidades. No cabe duda.

Comunidades autónomas. Creo que si hay una cuestión que hemos tratado con cuidado es que el Instituto Nacional de la Salud no sea un instituto de salud, sino nacional. Me explico: que no sea patrimonio de la Administración central, sino de toda la nación. A tal efecto, el tema de este Instituto ha sido tratado en el Consejo Interterritorial. Incluso le puedo decir que este Consejo ha designado de entre sus miembros a dos Consejeros de Comunidades Autónomas, como dice el propio Decreto de estructura orgánica, que forman parte de su Consejo Rector. En ese sentido, las Comunidades Autónomas sí están vinculadas al proyecto, están representadas en el proyecto. No recuerdo en este momento quiénes son, pero dos Consejeros de Comunidades Autónomas participan en el proyecto, porque desde el primer momento hemos señalado que este proyecto, tanto en su faceta de escuela nacional como en la de información, e incluso investigación, y por su carácter de referencia en todos aquellos aspectos de tipo analítico o de cualquier otro, exige, sin duda, que no tenga ningún contenido patrimonialista desde ninguna Administración pública.

En este sentido las Comunidades Autónomas conocen y están en el proyecto y han adoptado acuerdos en el seno del Consejo Interterritorial para asegurar su representación.

Construcción de la herramienta, Instituto Nacional de Salud, mandato de la ley. Si las tareas son ambiciosas, son las que el legislador dijo. Como el legislador nos impone en el artículo 112 nada menos que hasta la letra p), realmente lo que la Administración Pública tiene que hacer es cumplir el enumerado de funciones que el legislador dice. Además, le voy a decir una cosa: creo que en materia de investigación, de formación e información en el Ministerio nos parece que es muy bueno que el legislador haya sido ambicioso. Quizás en otras materias no. Si usted me dijera que hay que prestar tal o cual asistencia sanitaria con una ambición que sobrepasara los límites de nuestra propia capacidad, a lo mejor estábamos constuyendo castillos en el aire.

En materia de investigación y de formación, etcétera, en el Instituto Carlos III, la ambición del legislador me parece esencialmente oportuna y una ambición de futuro. Por tanto, la Administración tratará de que esto no sea un conjunto vacío, como sin duda no lo es ya en este momento.

No cabe duda de que estamos intentado construir, y lo estamos haciendo, algo que queremos que sea único, porque es el Instituto Nacional de Salud —no vamos a hacer el Instituto Nacional Carlos III— y queremos que sea muy bueno. Esto no se hace en dos días: hay un personal que procede de distintas adscripciones, de distintos regímenes; hay un convenio firmado, hay un catálogo de puestos de trabajo negociado, hay un Decreto sacado y está estudiada la representación de las Comunidades Autónomas, que ya tienen sus representantes. De alguna manera esto tiene que empezar a andar con un personal de for-

mación heterogénea, pero con una idea que empieza a aparecer más clara.

En el tiempo que me resta, en vez de referirme a lo que podrían ser las letras b), c), d), e), f) hasta la letra p), todas ellas muy importantes, quisiera señalarle también algo de la letra a). Sí coincido con la señora Diputada en que el legislador lo ha puesto en la letra a) por algo, no por casualidad ni por orden alfabético. Y la letra a) nos habla de formación y especialidad del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria.

Yo creo que hasta es bueno que literalmente diga esto, porque de alguna manera para lo que debe servir el área de la Escuela Nacional de Sanidad es para las personas que trabajan en el servicio nacional de salud, no una escuela para dotar de títulos a otras personas, función muy digna y que realizan con cierta eficacia otras instituciones privadas, pero que no es la función específica de nuestra Escuela Nacional.

El enfoque que tenemos en este momento y que le estamos dando es: Yo quiero una Escuela que forme a la gente del sistema nacional de salud, a mi gente y a la de las Comunidades Autónomas, en el sentido amplio, o incluso a las que trabajan en el sector privado, que también son sistema nacional de salud en la medida en que están amparados por los Presupuestos Generales del Estado.

Este es el enfoque de la Escuela Nacional de Sanidad aunque posiblemente en otros tiempos se primarán más otras cuestiones.

Tener una Escuela Nacional de Sanidad que trabaje para nuestra gente, para la que va a estar en el sistema nacional de salud, ¿quiere decir que hay que darle la espalda al IS, a instituciones de prestigio en el campo de la sanidad, como puede ser la joven Escuela Andaluza de Salud Pública o incluso la escuela de Portugal o la británica, o la Escuela de Economía de Salud Valenciana? No quiere decir eso; creo que hay que hacerlo con otro estilo y es perfectamente compatible el que haya una Escuela para formación de personal y, a la vez, tener colaboraciones con profesorado, etcétera, de estas otras prestigiosas instituciones, que nos tienen mucho que enseñar y con las que estamos colaborando e incluso van a prestar estos servicios.

La Escuela sigue con sus cursos y en éstos de ninguna manera priman la burocracia. Precisamente por proceder muchas de las personas que estamos aquí del campo, entre comillas y cariñosamente «burocrático», porque de ahí procedemos, sabemos muy bien dónde prima o no la burocracia y creo que el esfuerzo que se está haciendo aquí es de salud pública. Sin duda hay cursos de salud pública, salud para médicos, higiene de los alimentos, microbiología, análisis físico-químicos, etcétera. De burocracia aquí hay poco.

Sí estaremos todos de acuerdo, y acabo ya señor Presidente, en que hay algo que es una necesidad ineludible que tiene el sector, que es la creación de administradores o gestores sanitarios para todo el sistema, lo que no está, de ninguna manera, reñido con que el concepto de salud pública no se burocratice. Más bien al contrario: la existencia incluso de cuerpos de salud pública de tipo nacio-

nal no excluye el que el concepto de salud pública lo tenga imbuido hasta el último de los trabajadores sanitarios de nuestra red. Por ejemplo, el señor que está en un centro de salud en un pueblo. ¿Por qué? Porque esta es nuestra filosofía: el concepto de salud pública, que quizá tiene un origen burocrático, que procede de una Dirección General del Ministerio del Interior en su día, es un concepto que debe «desburocratizarse» plenamente y debe imbuirse a todos y cada uno del personal sanitario, sobre todo el que está prestando servicios en la periferia al lado del ciudadano.

Le diría que no cabe duda de que con estos objetivos que nos marca la Ley el esfuerzo que se hace es importante, que la Administración comparte la ambición del legislador al marcarle esos objetivos, que los comienzos de un centro nuevo no son fáciles, sin dejar de hacer todo lo que estaba haciendo, que son un montón de cosas: de analítica, de referencia, de investigación, afrontando problemas nuevos como los que tiene la sociedad, como por ejemplo el del SIDA, que tan bien conocen ustedes; que exigen una serie de convenios, como usted ha mencionado, de homologaciones, de catálogos de puestos de trabajo, de decretos de estructura, etcétera. Tenemos un panorama de prestación sanitaria complicada, pero que es la que desea la nación al aprobar en la Constitución el Título VIII y, por tanto, sí están implicadas ahí las Comunidades Autónomas.

En nuestra opinión, seguimos teniendo una gran brisa de esperanza en que esto funcione y no nos frustre. En el funcionamiento de áreas como aquella a la que usted, señora Diputada, se refiere de la letra a), de formación especializada, creemos que el enforque es el que le estoy expresando. Ese enfoque de ninguna manera nos permite desaprovechar las riquezas que tiene el país, que son muchas escuelas, que usted ha mencionado, que tienen otros objetivos y que pueden incardinarse en nuestro proyecto, el cual creo que es el suyo en la medida que es el del legislador y que está expresado con términos muy claros.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arrojo.

La pregunta número 9 ha sido aplazada por acuerdo de la reunión de la Mesa con los portavoces de los Grupos, realizada antes del inicio de la Comisión.

— **RELATIVA A EXISTENCIA DE POSIBLES PRÁCTICAS DE EUTANASIA EN FORMA ENCUBIERTA EN LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta número 10, relativa a la existencia de posibles prácticas de eutanasia en forma encubierta en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud, formulada por doña Pilar Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia

Cristiana, que tiene la palabra. Tiene un plazo de diez minutos.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, voy a ser muy breve en toda la exposición.

¿Tiene noticias el Ministerio de Sanidad y Consumo de la existencia de posibles prácticas de eutanasia en forma encubierta en los hospitales del INSALUD?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): No se tiene constancia alguna de que se hayan producido prácticas de eutanasia en los hospitales de la red del INSALUD.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Arrojo. Ya sabía que ésa iba a ser su respuesta. Precisamente quería decirle que hay asuntos que si se tocan de pasada y, sobre todo, se dejan en el aire, sin más explicaciones, producen temor, angustia y preocupación en la opinión pública, en muchos casos injustificada, pero que probablemente se evitarían con unas aclaraciones por parte de los últimos responsables.

Me estoy refiriendo a dos sucesos casi coincidentes en el tiempo, que por eso me han preocupado más, tanto que en las informaciones dadas en los medios de revistas médicas incluso en algunas se han unido, aunque no hayan sido en las mismas fechas.

El primero de estos sucesos ha sido las declaraciones del Presidente del Consejo General de Enfermería ante los medios de comunicación al presentar las Jornadas sobre Eutanasia y Enfermería y las filtraciones a los medios especializados sanitarios de que un Senador socialista estaba preparando una proposición de ley para regular la eutanasia en España.

Ya digo que no es bueno que asuntos tan importantes como éste se traten a la ligera, que preocupen a la opinión pública y que no haya una réplica autorizada por parte de las autoridades sanitarias en un sentido o en otro, que en eso no entro. Tengo la preocupación de que no ha habido nadie que haya respondido a estos dos sucesos.

Tras las declaraciones ambiguas, por supuesto, del Presidente del Consejo General de Enfermería, porque tampoco se quería comprometer, que decía que en los hospitales públicos españoles se han dado prácticas encubiertas de eutanasia, alguien —creo yo— del Ministerio tenía que haber respondido, bien diciendo que eso es cierto o que no lo es, y si hay algunas, en qué consisten y por qué se realizan, porque todos sabemos muy bien cuáles son las dos clases de eutanasia que existen, la pasiva y la activa, y hasta dónde se puede llegar, etcétera. Pero esto la opinión pública no lo sabe y se queda con esas declaraciones.

Lo mismo digo de los trabajos del Senador socialista.

También debería haberse dicho algo y no dejarlo sólo a un anónimo portavoz del Ministerio de Justicia que parece ser que ha dicho que no tienen propósito alguno de legislar en su Ministerio sobre la eutanasia, añadiendo que la propuesta del Senador socialista será estudiada cuando llegue al Ministerio.

Todo esto, como le decía, señor Arrojo, produce inquietud, incomodidades, preocupación, da lugar a bulos y a interpretaciones que podrían y deberían evitarse. Sobre todo, produce una grave preocupación en un sector muy amplio de nuestra sociedad, que es el sector de la tercera edad, de las personas mayores, que saben que si se hace algo de esto iría dirigido a ellos. Creo que las autoridades responsables deberían de replicar cuando se producen hechos como los que acabo de denunciar.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Creo que —posiblemente me lo hayan oído decir más veces— las autoridades responsables, por supuesto, tienen que responder, y responden y han respondido a las preguntas que se les formulan. Esta pregunta que usted señala ha sido también formulada por medios de información en estos términos: ¿Hay eutanasia encubierta en los centros del INSALUD? Y ha habido una respuesta categórica por parte de personas con significación bastante, por ejemplo, del Director General del INSALUD. Me refiero concretamente, porque lo tengo delante, sin perjuicio de que haya aparecido en otros medios de prensa, al periódico «Ya» de Madrid del día 27 de febrero de 1988, en donde, de una manera categórica, señala no tener constancia de que se estén haciendo prácticas de eutanasia de forma encubierta. Luego sí existe una respuesta.

Pero quiero matizar: existe una respuesta a la pregunta que usted me formula, que es perfectamente pertinente —como todas las de ustedes—, de si tienen constancia los responsables de la red pública sanitaria de si se hacen prácticas de eutanasia encubierta. Rotundamente: no tenemos constancia de que se realicen prácticas de eutanasia. Y, repito, ha habido una respuesta categórica en el diario «Ya» de 27 de febrero de 1988. Me brindo a darle fotocopia de este medio de prensa.

Otra cosa es que se juzgue (y es una cuestión de opinión, pero nosotros tenemos la nuestra y, por supuesto, tenemos las responsabilidades administrativas que nos han sido encomendadas) que se debe entrar en un debate posicionándose, de alguna manera, ante las opiniones, muy respetables y muy dignas, de un Presidente de un Consejo General de Farmacéuticos, o de quien sea. Creo que la Administración en este terreno, de alguna manera delicado, tiene el deber de contestar a la pregunta que se le ha formulado, y lo ha hecho el día 27 de febrero con toda contundencia.

Respecto a la cuestión de emitir opiniones, he de decir que no tenemos por costumbre los responsables de la Administración sanitaria, ni creemos que sea nuestra fun-

ción, emitir opiniones sobre aquellas manifestaciones que libremente en nuestro país realizan otras personas en distintos foros y debates. Hay un montón de publicaciones, de editoriales, un número bastante elevado de medios de prensa, de foros distintos, donde se han posicionado estas cuestiones. Nosotros lo que sí hemos hecho ha sido contestar tajantemente a la pregunta que usted me formula, a la cual sí tenemos obligación de responder. En cuanto a otras cuestiones o de otros debates, no creo que el que ostenta la responsabilidad de los servicios públicos de la Administración tenga, entre sus funciones encomendadas, la de personarse necesariamente en una serie de manifestaciones que, en la rica vida social que tenemos en nuestro país, se produzcan a lo largo y a lo ancho del mismo.

— **RELATIVA A SITUACION DESFAVORABLE CREADA AL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL COMO CONSECUENCIA DE LA INTEGRACION DEL PERSONAL PRECEDENTE DE LOS HOSPITALES CLINICOS UNIVERSITARIOS CON PERSONAL NO SANITARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, FORMULADA POR EL SEÑOR REVILLA RODRIGUEZ (CDS)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa a situación desfavorable creada al personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad social, como consecuencia de la integración del personal procedente de los hospitales clínicos universitarios, con personal no sanitario de la Seguridad Social, formulada por don Carlos Revilla Rodríguez, del Grupo Parlamentario del CDS.

El señor Revilla tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: La pregunta que hemos formulado tiene relación con otra que ya se planteó anteriormente, aunque la orientación que le damos va dirigida, efectivamente, a la desfavorable situación que se ha creado al personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social como consecuencia de la integración del personal procedente de los hospitales clínicos universitarios.

Se produce un profundo agravio comparativo en desfavor del personal auxiliar administrativo al cual nos estamos refiriendo, porque no solamente se propicia la integración dentro del Estatuto del personal no sanitario, sino que se hace con la antigüedad de de origen, lo cual, por otra parte, es lógico, pero dentro de los mismos escalafones que el restante personal de las instituciones sanitarias. Por tanto, ello lleva a un notable perjuicio para los que estaban anteriormente en el INSALUD.

El caso viene, además, agravado porque la integración no solamente se realiza en base a la categoría profesional que se posea, sino que se abre la posibilidad de integrarse en cuerpo o plazas determinadas. Es de señalar en este sentido que el planteamiento va, incluso, más lejos que lo que demanda el Estatuto de los Trabajadores. No voy

a entrar ahora en el artículo 23.1 del Estatuto de los Trabajadores, pero quiero que quede aquí referencia al hecho de que si, efectivamente, el personal procedente de los hospitales clínicos universitarios se ve mejorado por una interpretación, digamos, generosa en su aplicación del Estatuto de los Trabajadores, parece lógico que también se busque una solución generosa para el propio personal.

Existe otro aspecto que afecta al personal laboral fijo de los hospitales clínicos universitarios. Su promoción profesional en el ámbito administrativo se produce, automáticamente, en base a los años que están en servicio, aunque no posean titulación determinada, pues, en el supuesto del personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, en el que la mayoría de sus integrantes realizan funciones que están muy por encima de su condición de auxiliares administrativos, no ha existido, como muy bien se sabe, a lo largo de los años la posibilidad de promoción profesional. Solamente a partir de 1980 se le permite a este grupo de trabajadores el desempeño de determinados puestos de trabajo en libre concurrencia con el personal funcionario de la Administración de la Seguridad Social. Esta situación es la que nos lleva a pensar que se debería otorgar idéntico trato al actual personal auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, tanto en lo que se refiere al resto del personal funcionario de la Seguridad Social como al que ahora se ha incorporado procedente de los hospitales clínicos. Sobre todo nos preocupa en este aspecto de la promoción profesional.

Yo, como ha dicho antes el señor Arrojo, estoy de acuerdo en que, efectivamente, la Administración tiene que cumplir las leyes, y, en ese sentido, la integración de este personal procedente de los hospitales clínicos es inevitable; pero bueno sería que el INSALUD —es nuestra opinión— tratara de paliar el agravio comparativo que ello ha producido, sobre todo para atender a su gente, como le gusta decir al señor Arrojo.

Nada más, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): No cabe duda de que nuestra gente —y no vea ningún patrimonialismo en esto, señor Diputado— puede vivir, y de hecho vive, porque así nos lo han planteado, unas situaciones de agravio comparativo. Usted sabe que los agravios comparativos se mueven por el subjetivismo: comparativos con respecto a... Y yo creo que el problema no es jurídico por la interpretación más o menos generosa del artículo 23 del Estatuto de los Trabajadores que usted ha mencionado, sino que es el conocimiento de los convenios colectivos que tenían las personas que están trabajando en esos centros en situación de contrato laboral. Estos convenios colectivos son los que llevan a la Administración a promulgar la Orden de 19 de junio de 1986, en la cual se produce una integración, que es la que nuestros trabajadores del

personal auxiliar administrativo estatutario esta planteando como que les agravia comparativamente. Frente a una sensación generalizada o con una cierta extensión de agravio comparativo de nuestros auxiliares administrativos, la Administración debe reaccionar, yo no diría que generosamente, porque esto podría inducir a una cierta liberalidad de capricho de quién sea mejor o peor administrador de los fondos, sino dentro del marco existente, paliando, en la medida de lo posible, este agravio que nuestros auxiliares administrativos sienten, porque aunque posiblemente lo conocen, porque hemos tenido muchas reuniones con ellos, no comprenden bien cuáles son los corsés legales y presupuestarios que tiene la Administración para resolver problemas que le plantean y que incluso desde su punto de vista puede comprenderlos, pero que están muy acotados.

No cabe duda de que la integración que se hizo de clínicos y la que se hizo de AISNA, que no se menciona tanto por los trabajadores posiblemente porque es una integración en la que la normativa básica ya había avanzado y el aspecto titulación era mucho menos obvio que en otros tiempos, se viven como un agravio. ¿Qué hace la Administración? Lo que hace la Administración es ofertar, de una manera que yo califico de importante, un número de plazas, que posiblemente no son suficientes, porque yo mismo he dicho que frente a un colectivo de 6.000 personas —y no todos plantean la misma problemática, pues los propios índices de la huelga nos lo dicen— estamos ofreciendo para este año 1.500 plazas, frente a una función administrativa cuyo esfuerzo se concebía en 250 plazas. Lo que aquí se produce es reconocimiento de una situación que sin duda se da, que hay auxiliares administrativos que realizan funciones superiores, y el señor Diputado, que ha trabajado en nuestro sector durante mucho tiempo, lo sabe perfectamente. Hay un sentimiento de agravio comparativo por parte de este personal, es decir, que es subjetivo de ellos y lo fundamentan en unas actuaciones debidas por la Administración en cumplimiento de una ley de integración, de un artículo 23 del Estatuto y de unos convenios colectivos que estaban ahí y que tienen una fuerza normativa que es la que dicen nuestros Tribunales, ya que, como todo el mundo sabe, hay sentencias. Y lo que cabe es saber cuál es el máximo esfuerzo que la Administración puede hacer para paliar de alguna manera que alguien trabaje con el sentimiento de agravio, porque no es bueno que en estas instituciones se trabaje con este sentimiento.

El esfuerzo que se hace es éste. Yo tengo que decirle que es una oferta generosa en el sentido de amplia, no en el sentido del libre albedrío de quiero ser más generoso o menos. Siempre queremos ser todo lo más generosos posible, pero cuando ello sea compatible con el marco jurídico y con los presupuestos que ustedes nos aprueban. Esa es la única limitación de nuestra generosidad, no hay otra. Esta es una oferta muy amplia, como le digo, y no debe perderse de vista el matiz que estamos intentando complementar con el Ministerio de Educación. Es decir, ¿qué hacemos con aquellas personas que no hayan accedido a una titulación que en el mundo moderno es básica? ¿Y

por qué es básica? Porque en nuestras normativas nos exigen una titulación para acceder a una determinada categoría profesional. ¿Cómo le solucionamos a esta gente el problema? Compatibilizándolo con su trabajo diario, y por ahí es por donde queremos facilitar las cuestiones lo más posible.

¿Otro tipo de medidas? Ciertamente le puedo decir al señor Diputado que ninguno de los responsables de las distintas Administraciones que tienen encomendada la resolución del problema —ya le digo que está en vías de solución—, que son las cuatro Comunidades Autónomas y el Estado, han visto otra vía que no sea la de homologar, por los cauces reglamentarios y con una oferta fuerte, a estas personas en este trabajo. Yo creo que manteniendo este esfuerzo durante un número de años sucesivos y facilitando el acceso al FP-2 se va a permitir a las personas, individualmente consideradas, homologarse o no en una función administrativa.

En cuanto a los agravios, no es que yo reconozca que existe un agravio, lo que digo es que el agravio comparativo es una posición subjetiva que se tiene, pero en la integración de clínicos y en la de AISNA lo único que hemos hecho es cumplir la normativa legal en un orden superior. Aquí hay una idea general superior, que es: «Integre usted a los clínicos», pero esto lleva aparejado otra serie de consecuencias. Por tanto, el interés general en este caso ha primado sobre unas consecuencias que pudieron haber beneficiado a una serie de trabajadores, y la intención del legislador —y no me corresponde interpretarla— no es beneficiar a esos trabajadores, sino cumplir un interés general que es integrar a los técnicos. Por tanto, si ese agravio se da y se vive subjetivamente, nosotros nos limitamos a cumplir las leyes, y le puedo asegurar al señor Diputado que hacemos todos los esfuerzos que están en nuestra mano para paliarlo de alguna manera. Yo creo que esto lo han entendido los propios trabajadores —y acabo ya, señor Presidente— cuando los porcentajes del propio conflicto han descendido de una manera drástica por una interlocución que tenemos con ellos y por una oferta que ha ido mejorando hasta llegar a este límite de 1.500 plazas para este año de una manera inmediata.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Me interesa señalar dos cosas. En primer lugar, efectivamente, los agravios comparativos pueden tener una valoración subjetiva, pero lo cierto es que los agravios comparativos tienen, cuando existen, una base real, y yo le voy a dar la definición del Ministro Almunia de hace muy pocos días: los agravios comparativos se producen cuando se producen situaciones entre iguales. Y lo que ha pasado aquí es que un grupo de trabajadores procedentes de otros centros se han hecho iguales o han pretendido ser iguales, o han introducido una desigualdad al incorporarse a la Seguridad Social, y eso es lo que ha creado el agravio comparativo. Yo no creo que haya ninguna duda acerca de la existencia de este agravio comparativo. Y usted mismo lo dice: que están haciendo los esfuerzos máximos para solucionar esa situación. Es decir, partimos de que se ha producido un agravio comparativo.

Ahora bien, aceptamos los esfuerzos máximos, pero está claro que esa situación es el resultado de dos componentes fundamentales. Una de ellas, la decisión de incorporar el personal de los hospitales clínicos universitarios. Esa es una decisión que pertenece a la política sanitaria y va más allá quizá de la política sanitaria, pero en cualquier caso en este momento la podemos centrar en la política sanitaria, y, por tanto, forma parte de las decisiones que se han tomado en política sanitaria. Nosotros no hemos apoyado en su día la integración de los hospitales clínicos universitarios. Por tanto, entendemos muy bien que aquellas personas que entran en situación de agravio comparativo como resultado de la aplicación de una determinada política exijan que se haya previsto, al tomar esa decisión, las consecuencias de ese paso y, por tanto, se tengan también previstas en los presupuestos las necesidades en recursos para poder afrontar esas consecuencias.

¿Y cuál es la otra componente? Que durante muchísimos años no han tenido acceso a su promoción profesional y ha bastado que ahora se incorporen otros en una situación mejor para que esa situación que venía siendo, de algún modo, soportada o aguantada haya desbordado la capacidad de aguante y se haya manifestado como una reivindicación, otra consecuencia de una política aplicada durante años. Por tanto, también es lógico que estos agraviados pidan la previsión en esa política de que se podían dar esas situaciones. Esto es lo que hay que tener en cuenta para busca una solución al problema. No basta con hacer el máximo esfuerzo, pero es necesario señalar que ése es el resultado de una política no previsor, porque no estamos ahora en el debate de la incorporación de los hospitales clínicos ni estamos en el debate de la formación continuada del personal no sanitario de la Seguridad Social. En cualquier caso, como consecuencia de esas dos políticas se produce eso, y entonces, es necesario partir de ahí, por lo menos, para que en el futuro no nos encontremos con situaciones semejantes. Antes se ha hecho énfasis en relación con el tema del Instituto Carlos III, en la necesidad de dedicarlo, entre otras cosas, a la formación del personal que trabaja en los centros de salud o los centros sanitarios. Parece lógico que, ya que esa política no se ha hecho antes y ello ha traído estas consecuencias, se reclame la solución para ello. Esto es lo que queríamos estimular con nuestra pregunta.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Con mucha brevedad. Reconocer que unas determinadas personas tienen un sentimiento de agravio comparativo es algo obvio, y la línea de este Ministerio es constatar los hechos y dar cuenta de ellos cuando nos lo pregunten, pero de ninguna manera lo voy a traducir en términos jurídicos para que se nos entienda. De ninguna manera se está produciendo, empleando, una palabra que no es subjetiva sino objetivable, discriminación, y es la que maneja el Tribunal Constitucio-

nal en distintas sentencias. No se da discriminación porque aquí se están dando tratamientos desiguales a situaciones que en sí mismas son diferentes. He tenido mucho cuidado en citar literalmente sentencias del Tribunal Constitucional. Son tratamientos desiguales a situaciones en sí mismas diferentes.

Creemos que no ha lugar a hablar de discriminación. Lo que sí le puedo reconocer, y no me duelen prendas en ello, es que hay personas de este colectivo que tienen un sentimiento subjetivo del agravio comparativo por unos hechos que ha explicado usted muy bien que se han sucedido a lo largo del tiempo. La Administración, no sólo por este sentimiento, sino porque juzga que es bueno potenciar una función administrativa que tiene cada día una repercusión mayor concretamente en nuestros hospitales, cree que es bueno hacer esta oferta tan amplia que va a paliar el problema planteado por ellos. Y no sólo eso, sino que va a contribuir a que funcionen mejor nuestros centros sanitarios.

Muchas gracias señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias señor Arrojo.

Finalizado el primer punto del orden del día, relativo a preguntas le agradecemos su presencia en la Comisión.

En la reunión de la Mesa y los portavoces han sido retiradas las proposiciones no de ley número 1 y número 2. La proposición no de ley número 3 queda aplazada a petición del Grupo proponente.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE CORREOS DEL MINISTERIO DE TRANSPORTES, TURISMO Y COMUNICACIONES, PARA INFORMAR DE LA SITUACION POR LA QUE ATRAVIESA LA ADMINISTRACION DE CORREOS, MOTIVADA POR LAS IRREGULARIDADES Y RETRASOS PRODUCIDOS EN LOS REPARTOS, Y DE LA POLITICA SEGUIDA EN MATERIA DE PERSONAL (A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MINORIA CATALANA)

El señor **PRESIDENTE**: El punto relativo a la comparecencia del Director General de Correos del Ministerio de Transportes, tampoco tendrá lugar por acuerdo de la reunión antes citada de la Mesa con los portavoces.

DICTAMEN DE LA PROPOSICION DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DETERMINADOS ARTICULOS

DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DE PROCEDIMIENTO LABORAL APROBADO POR REAL DECRETO 1568/1980, de 23 DE JUNIO

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto número 4, Dictamen, a la vista del informe elaborado por la Ponencia, de la proposición de ley por la que se modifican determinados artículos del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral aprobada por Real Decreto 1568/1980, de 23 de junio.

Según el informe de la Ponencia había pendiente una enmienda del Grupo Popular, a expensas de analizar su posición, que ha comunicado que es retirada, por lo cual no queda viva ninguna enmienda y podemos pasar a votar el texto de la proposición de ley.

Votaremos el artículo único y, posteriormente, la disposición transitoria y la final. Por último votaremos la exposición de motivos.

Pasamos a la votación del artículo único.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 22; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Pasamos a votar la disposición transitoria.

Efectuada la votación dio el siguiente resultado: Votos a favor, 22; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la disposición final.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 22; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos ahora la exposición de motivos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 22; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada la exposición de motivos. Por tanto, la proposición de ley que tenía carácter de competencia legislativa plena en la Comisión queda dictaminada.

Agotado el orden del día, levantamos la sesión

Eran las doce y diez minutos de la mañana.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961