



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1991

IV Legislatura

Núm. 240

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 25

celebrada el miércoles, 17 de abril de 1991

Página

ORDEN DEL DIA

Preguntas:

- Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre criterios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para regular el complemento de productividad variable entre el personal hospitalario de ese Organismo («B. O. C. G.», Serie D, número 158) (número de expediente 181/001005) 6992
- De la señora Izquierdo Arija (Grupo Parlamentario Popular), sobre acciones a concretar de prevención del tabaquismo que viene desarrollando el Ministerio de Sanidad y Consumo entre las mujeres embarazadas («B. O. C. G.», Serie D, número 160) (número de expediente 181/001029) 6995
- De la misma señora Diputada, sobre fecha estimada por el Gobierno para que la Comisión de Evaluación y Revisión del Sistema Nacional de Salud rinda su informe a la Cámara («B. O. C. G.», Serie D, número 160) (número de expediente 181/001031) 6998

- Del señor Hernández Mollar (Grupo Parlamentario Popular), sobre número de enfermos a 31 de diciembre de 1990 con más de tres meses en lista de espera, por especialidades, servicios centrales y patologías, en el Hospital que el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) gestiona en Melilla («B. O. C. G.», Serie D, número 160) (número de expediente 181/001046) 7000
- Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre causas por las que España está en el tercer lugar europeo en cuanto a casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tanto en términos absolutos como relativos («B. O. C. G.», Serie D, número 160) (número de expediente 181/001047) 7003

Se abre la sesión a las nueve y cuarenta minutos de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Se inicia la sesión.

PREGUNTAS:

- **SOBRE CRITERIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA REGULAR EL COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE ENTRE EL PERSONAL HOSPITALARIO DE ESTE ORGANISMO. DEL SEÑOR VILLALON RICO, DEL GRUPO POPULAR (Número de expediente 181/001005)**

El señor **PRESIDENTE**: En primer lugar tramitaremos las preguntas que corresponden al Ministerio de Sanidad y Consumo, para lo cual está con nosotros el señor Fernández Noriega, Subsecretario del Ministerio, al que damos la bienvenida una vez más a la Comisión.

La primera pregunta es sobre criterios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para regular el complemento de productividad variable entre el personal hospitalario de ese organismo, planteada por el señor Villalón Rico, del Grupo Popular. Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: En primer lugar, y en nombre de mi Grupo, quiero agradecer la comparecencia del señor Fernández Noriega para contestar a una pregunta de este Diputado.

Señor Fernández Noriega, ante las declaraciones y manifestaciones que se han producido en los últimos meses por parte de diferentes sectores sanitarios en contra del complemento de productividad variable, nosotros nos hacemos eco de este malestar y por eso preguntamos al Gobierno cuáles son los criterios del Insalud para regular el complemento de productividad variable entre el personal hospitalario de ese organismo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSU-**

MO (Fernández Noriega): Buenos días, señorías. Agradezco a su vez al Diputado señor Villalón que me dé la bienvenida.

El tema que ha planteado es siempre complejo, del cual es interesante resaltar el principio y reflexionar sobre los métodos de aplicación de dicho principio. En cualquier caso tengo que decirle que el Real Decreto-ley 3 de 1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, se refiere al complemento de productividad como aquel destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular de un puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas. La determinación individual de su cuantía debe efectuarse —según señala la norma citada— dentro de las dotaciones presupuestarias previamente acordadas, de conformidad con la normativa vigente, que son dos acuerdos de Consejo de Ministros del 18 de septiembre de 1987 y del 15 de abril de 1988. La Dirección General de Recursos Humanos, Su-
ministros e Instalaciones ha ido dictando anualmente, desde 1987, distintas resoluciones por las que se establecen las instrucciones y directrices conforme a las cuales ha de asignarse la cuantía individual del complemento de productividad, factor variable, para los distintos años, con el fin de que queden armonizados aspectos tales como la necesaria homogeneidad de tratamiento en todas las instituciones sanitarias donde trabajan los profesionales, sin menoscabo lógicamente de la suficiente capacidad decisoria de los órganos de dirección de las mismas, lo que restaría eficacia y eficiencia a dicho complemento, y de la adecuación de los contenidos de las directrices a las peculiaridades de cada institución. Dichas resoluciones han sido desde el año 1987 las siguientes: resolución del 21 de octubre de 1987, resolución del 1 de julio de 1988, resolución del 22 de junio de 1989 y resolución del 23 de julio de 1990. La última de las resoluciones citadas es la que ha regulado la asignación individual del complemento para el año 1990, que es lo que S. S. preguntaba, con los siguientes criterios para 1990: A) Cualquier individuo que forme parte del personal estatutario al que se aplique el régimen retributivo del Real Decreto-ley 3 de 1987 podrá percibir el complemento de productividad, factor variable, si bien la asignación del mismo recaerá fundamentalmente en personal perteneciente al grupo a), sin que por otra parte quepa ningún tipo de asignación gene-

ralizada del personal de dicho grupo o de cualquier otro que también lo puede percibir. B) Previo los informes que considere oportunos el gerente o director, tratará de individualizar en la mayor medida posible las cuantías concretas que se asignen, teniendo presente la naturaleza de tal complemento y las actividades, aptitudes y actitudes del personal que lo haya de percibir. C) La valoración de la productividad deberá realizarse en función de circunstancias relacionadas directamente con el desempeño del puesto de trabajo y la consecución de los resultados u objetivos asignados al mismo con el correspondiente programa. D) El número total de personas que perciba cuantías en concepto de complemento de productividad, factor variable, no podrá exceder del 40 por ciento del número de puestos de trabajo y plazas que suman la totalidad de las plantillas del Instituto o de las instituciones integradas en cada centro de gasto. Las cuantías que percibe cada persona por este concepto son de conocimiento público del personal de las instituciones sanitarias donde se prestan los servicios, así como de los representantes sindicales.

Estos son, señorías, los criterios que han marcado la puesta en práctica de este principio, un principio de gestión que es el complemento de productividad, factor variable, dentro de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, según la última resolución de julio de 1990.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Fernández Noriega, en 1987 promulgaron ustedes este Real Decreto, y en las declaraciones que hacían sobre las retribuciones del personal estatutario decían que este Decreto se caracterizaba porque era simple —decían que reducido en número de conceptos— y que era transparente porque llevaba implícito un aumento en la capacidad de incentivación y un sentido de la equidad entre el personal estatutario. Yo creo que de todas estas cosas lo único con lo que nos podemos quedar es que es simple. Realmente ustedes disminuyeron los conceptos, pero en el resto de lo que se pretendía con el Real Decreto se ha fracasado estrepitosamente. Y no es que lo diga yo —el que lo diga yo, a lo mejor, tiene poca importancia—, es que lo dicen todos los sectores sanitarios que están implicados en las retribuciones por este concepto. Es más, lo dice incluso usted mismo. Usted mismo hace poco, al presentar el estudio Delphi que ha hecho el Ministerio, decía textualmente que había anomalías y disfuncionalidades con las retribuciones de los médicos y ATS, en resumidas cuentas, del personal estatutario.

Remitiéndome a la pregunta, parece lógico pensar que la productividad variable se establece para incentivar el trabajo y la dedicación del personal; es decir, para que haya más calidad y trabajen más y mejor todos los profesionales de sanidad. Usted ha dicho que la aplicación de este concepto estaba relacionado con su puesto de trabajo, pero a mí me extraña que después en diferentes informes como el de la junta de personal del Insalud de

Huesca, se manifiesten totalmente en contra de todos los criterios que se han seguido a la hora de distribuir este complemento de productividad. También tengo aquí la relación de un hospital del Insalud donde se ven las grandes diferencias que hay entre dos médicos del mismo servicio. Llama la atención que mientras que un médico del servicio de ginecología cobra 295.000 pesetas como complemento de productividad, en cambio, otro médico de ese mismo servicio cobre 10.000 pesetas exclusivamente. Llama la atención que uno cobre tanto y otro tan poco porque, en resumidas cuentas, si nos remitidos a este complemento de productividad, esto significa que uno produce mucho más que el otro, por lo que habría que pensar que el que cobra menos sobra porque no está produciendo desde el punto de vista sanitario. Lo mismo podríamos decir de un ATS que cobra 24.000 pesetas, mientras otro ATS cobra sólo 5.000 pesetas.

En resumen, creemos que ha sido un fracaso, como decía antes, la aplicación de este Real Decreto para las personas a las que estaba dirigido, y lo único que se pretende es pagar ciertas situaciones personales que no son muy honestas y que, por tanto, no pueden premiarse de otra forma más que con este complemento.

Por otra parte, ha llegado a mi conocimiento que desde la Dirección General de Recursos Humanos se envió una nota al gerente de un hospital de Castilla-La Mancha, en la que se indicaba cuál era la cantidad con la que se debía premiar a cierto médico en concepto de productividad. Llama la atención que desde esta Dirección General se remita esa nota y no sea el gerente del hospital. (**La señora Vicepresidenta ocupa la Presidencia.**) Respecto a los criterios que también podrían establecer los diferentes gerentes de los hospitales, en cada caso son distintos. Así, hay hospitales donde parece ser que se premia el participar en comisiones hospitalarias; hay otros hospitales, en cambio, donde se premian otras cuestiones diferentes. Ante la diversidad de estos criterios, ante la falta de unificación de estos criterios y lo que creemos que es una vía de amiguismo, solicitamos del Gobierno, en este caso del señor Fernández Noriega, que remociera este Real Decreto y se ajustara a los datos que tienen con el famoso informe Delphi.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señoría, me ha parecido bastante interesante la reflexión que ha hecho sobre todo en torno al estudio Delphi, que propició el Ministerio de Sanidad y Consumo, y que es una reflexión en aras a ir mejorando este tipo de instrumentos, haciéndolos cada día más transparentes y más eficaces. Por tanto, esa reflexión es correcta.

Pero, con todo respeto para S. S., las afirmaciones que ha efectuado posteriormente en torno al estudio Delphi sobre amiguismo o sobre ciertos criterios que le parecen anómalos tengo que decir que no son correctos. Algunos de los casos que ha mencionado son totalmente inexac-

tos, señorita. Desde luego, si aplicamos el principio de que quien menos cobra, sobra, cometeríamos un error, porque una de las filosofías del complemento de productividad, como le decía en los criterios al principio enunciados, es primar aquellas actividades que están por encima de la normal, o aquellos programas excepcionales que quieren impulsar las instituciones sanitarias para corregir algunas de sus necesidades puntuales. Por tanto, esa es una cuestión que no comparto con usted ni se puede compartir en un sistema que trata de buscar, insisto, la eficacia en sus instituciones.

Dice usted que pagar ciertas situaciones al personal no parece muy honesto y que hay denuncias claras. Yo le digo una cosa, que es un sistema grande. Si hay denuncias claras que se digan, pues se deben corregir. Mientras tanto, S. S. tiene que entender que por la responsabilidad que ostento y el conocimiento que tengo del sistema tengo que negarle también a la mayor.

Que se cobre por distintas cuestiones es bueno. Si no, romperíamos también no el principio de homogeneidad, que tratamos de salvaguardar, sino las peculiaridades que tienen las distintas instituciones sanitarias. Si en una institución sanitaria se ve, por el bien de la misma, que debe primarse la participación en las juntas técnico-asistenciales, lógicamente es correcto que se prime. Quiero decir a S. S. que en dichas juntas técnico-asistenciales se hace una importante labor de seguimiento y de participación de los profesionales en lo que ocurre en el hospital, hablando no sólo de la asistencia sino también de la docencia y de la investigación.

Que haya juntas de personal que están en contra —usted ha mencionado la de Huesca—, no quiere decir que sean las únicas personas dentro de un sistema que cuenta con cerca de 280.000 trabajadores en el Insalud, gestión directa. Lo que sería interesante, señoritas, es saber si estamos hablando de que están en contra del complemento de productividad, como tal, factor variable, como me consta que lo están algunas centrales sindicales, o de los criterios. En ese caso le tengo que decir lo siguiente. Al principio decía que el objetivo de la productividad variable, su filosofía, es lo que debemos mantener. Los criterios de aplicación deben ser transparentes y consensuados, y pueden variarse según las necesidades de las instituciones. Las actividades retribuidas por ese concepto son cambiantes, lógicamente, en función de las necesidades del sistema de cada institución:

Por tanto, dice usted que en 1987 con el Real Decreto 3 cambiamos el sistema retributivo. Le agradezco que reconozca que lo hemos simplificado no por banalidad, sino que se redujo una serie importante de conceptos que complicaban mucho la gestión retributiva. Sin embargo, manifiesta usted que no hemos alcanzado esas metas, tanto en la transparencia como en el sentido de equidad.

Quiero decirle, señorita, que la reducción de conceptos, que era una meta importantísima, es más fácil, entre otras cosas porque es objetivo y se puede comprobar, y usted lo habrá comprobado si ha visto las nóminas de 1987 y las que tenemos en este momento. Sin embargo, los conceptos que ha mencionado S. S. de transparencia y senti-

do de equidad son más difíciles porque son subjetivos; cada persona los percibe de una manera diferente y tenemos opiniones diversas.

Hablando de opiniones diversas, usted dice que yo dije ciertas cosas. Más que el que yo dijera fue la presentación de un estudio que hizo la Administración, preocupada por el sentir de los profesionales, en torno a la productividad variable; estudio que se hizo con los profesionales, como bien conoce porque lo ha mencionado, que es el estudio Delphi. Me gustaría decirle algo. Los expertos informadores que han participado en el citado estudio sobre el sistema retributivo del personal estatutario del Insalud se manifiestan en términos generales —puedo ofrecerle el estudio, aunque usted debe tenerlo puesto que lo ha mencionado— claramente partidarios del complemento de productividad, factor variable, concebido como un instrumento retributivo útil para la consecución de una mejora de los rendimientos. Sin embargo se han detectado —como bien decía usted y me recordaba que yo lo había comentado— determinadas insuficiencias en la aplicación de este complemento, que han hecho que no sea todo lo eficaz que potencialmente podría ser en cuanto a la discriminación positiva de aquel trabajador con mayor rendimiento y actividad. Estas insuficiencias tienen su origen siempre, a juicio de los expertos, en lo siguiente: defectuosos procedimientos de control de las actividades individuales, falta de implicación de los responsables de servicios y unidades, desconocimiento en ocasiones de las actividades que se retribuyen. Opinan los expertos, que son profesionales del sistema, tanto directivos como trabajadores, que son características que deben tener complemento. Debe otorgarse fundamentalmente a los titulares superiores sanitarios y, en menor medida, al personal de enfermería. Residualmente se abordará para el resto de los estamentos. Su cuantía ha de ser variable y no generalizable a todo el colectivo. Las actividades a retribuir han de ser fundamentalmente las ordinarias o programadas con especial énfasis en la reducción de los tiempos de espera. Los criterios y fijación de cuantías conviene que se realicen de forma descentralizada por los directores de sector y gerentes de instituciones respectivamente.

Como puede S. S. apreciar, aún a pesar de que este estudio es posterior a la última resolución dictada, como le dije antes, del 23 de julio de 1990, las instrucciones en ella contenida y que yo he mencionado como criterios se adaptan en gran medida a las consideraciones efectuadas por los expertos. Por tanto, estamos cumpliendo su petición a este Departamento de que adaptemos la política del complemento de productividad variable a lo que mencionaba el estudio Delphi como dificultades que se venían dando en su aplicación. También quiero decirle, señorita, que es una aplicación muy reciente que requiere una cultura no solamente de los gerentes sino de los profesionales que lo van a percibir; una cultura de armonía en ese «feedback» que tiene que haber entre ambos para ponerse de acuerdo, insisto, en hacer mucho más efectivo de lo que es actualmente el complemento de productividad variable. Con esto no quiero decir —no se malinterpreten mis palabras— que no sea efectivo. Está cumpliendo unos

objetivos importantes, pero por eso lógicamente hicimos este estudio y sabemos que acoplándonos a él lo haremos cada día más rentable, como es nuestra esperanza.

Deseamos que las conclusiones del citado estudio supongan un elemento básico en el proceso de mejora y adecuación del sistema retributivo, que contribuya a una mejor y más eficaz asistencia sanitaria para el conjunto de los ciudadanos y a una mayor armonía y mejor situación de los profesionales en las instituciones donde trabajan.

— **SOBRE ACCIONES CONCRETAS DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO QUE VIENE DESARROLLANDO EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ENTRE LAS MUJERES EMBARAZADAS. FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA, DEL GRUPO POPULAR (Número de expediente 181/001029)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunto sobre acciones concretas de prevención del tabaquismo que viene desarrollando el Ministerio de Sanidad y Consumo entre las mujeres embarazadas, formulada por la señora Izquierdo Arija, quien tiene la palabra.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Fernández Noriega, en un Consejo de Ministros de 1987 se aprobaba el Plan de igualdad de oportunidades de la mujer y correspondía al Departamento de Sanidad el área de acción número 4 de dicho plan, indicándose expresamente que las actuaciones en el campo de salud deberían seguir dos líneas fundamentales: una, mejorar la salud de la mujer, incidiendo en aquellos aspectos biológicos que le son peculiares y para los cuales no basta una atención sanitaria dedicada a la población masculina; y dos, aumentar su información en educación sanitaria para mejorar su propia salud y la de los individuos que dependen de ella biológica y socialmente.

Para dar cobertura legal a este Plan de igualdad de oportunidades de la Mujer se ha publicado un real decreto que no tenía otro fin que el de desarrollar la Ley de Sanidad, y es un llamamiento al fomento en la educación sanitaria de las medidas preventivas y de protección de la salud que nos interesan a los particulares y al Estado. Cuando el Ministro de Sanidad en enero de 1990 vino a esta Cámara para informarnos de los que iban a ser los planes prioritarios del Ministerio en su actuación a lo largo de esta legislatura, puso especial énfasis en la previsión de acciones prioritarias promocionando hábitos saludables de vida. Si está reconocido por su Ministerio que el tabaco es un factor de riesgo del cáncer, que produce más de 40.000 muertos anuales, así como una incidencia del 30 por ciento en los casos de tumores malignos, no apreciamos actuaciones concretas dirigidas a prevenir y disminuir este factor de riesgo. Si la atención se dirige al tabaquismo de mujeres embarazadas, su doble incidencia en la salud de la madre y del hijo no precisa mayores comentarios, dado que en dicho hábito concurren, junto a riesgos de tumores, otros referidos a enfermedades car-

diovasculares, que es una de las principales causas de muerte en nuestro país.

El Ministerio dijo en su momento que iba a prestar atención especializada a la prevención del tabaquismo en las mujeres embarazadas, pero creemos que la contestación que se ha dado desde su Ministerio no es suficiente. De hecho, hay muy poca información todavía sobre el cáncer de mama y el incremento en el país de cáncer de útero en estos momentos es preocupante. Asimismo, cada día es mayor el número y la incidencia en mujeres con problemas cardiovasculares que se derivan del tabaco, en unos casos, y del alcohol, en otros. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Por otro lado, nos parece muy preocupante que, en un país donde hay entre diez y quince millones de mujeres en edad fértil, su Ministerio (y lo ha dicho el Director General de Planificación Familiar) simplemente haga al año 550.000 citologías, esto en el año 1989, lo cual es importantísimo para prevenir el cáncer de útero. Si usted se fija en las listas de espera en lo que a mamografías se refiere, se dará cuenta de lo poco que estamos haciendo en este campo.

Respecto a la prevención que debería ser prioritaria, y que según el Ministro iba a ser una de las primeras tareas a realizar, se hace relativamente poco, aunque regularmente, en las capitales de provincia y las grandes ciudades, pero al mundo rural todavía no ha llegado nada, y esto se ha reconocido, como le decía, en una comparecencia que hubo en diciembre del Director General de Planificación Sanitaria; en el mundo rural prácticamente no existe y es claramente insuficiente.

En cuanto a la incidencia que está teniendo el tabaco en la mujer, y sobre todo en las mujeres embarazadas o en las jóvenes que pueden ser embarazadas, es un aldabonazo el de la Organización Mundial de la Salud cuando en diciembre (y se hizo eco de ello toda la prensa nacional) manifestaba su preocupación por el número creciente de niños de escaso peso que están naciendo en España, y lo cual es un handicap para el desarrollo no solamente psíquico e intelectual de ese niño, sino porque los problemas que se derivan de ese escaso peso en los primeros meses de su vida son terriblemente preocupantes.

Por ello, a nosotros nos parece que su Ministerio no está tomando el tema con todo el detalle que debiera. No se está haciendo una campaña de prevención del tabaco a nivel escolar, tal como debiera ser. Yo creo que la educación sanitaria debe empezar en la escuela, debe inducir a los jóvenes a que tomen conciencia de los problemas que pueden derivarse del uso del tabaco. Creo que debería ser a través de todos los medios de comunicación y sobre todo en el ámbito escolar donde el Ministerio debe incidir, y me gustaría saber ahora, en estos momentos, qué planes tiene el Ministerio para llevar a cabo una campaña de promoción de la salud y en contra del tabaco.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO**:

MO (Fernández Noriega): Muchas gracias, señoría, por la minuciosa y sobre todo cuidada exposición que ha hecho. Creí interpretar al final que iba a decir que no estábamos haciendo todo con toda seriedad; se ha frenado y ha dicho con todo el detalle. Yo le agradezco mucho eso, porque podemos coincidir plenamente en que es así. Sin embargo, sí tratamos de ser serios en la política que llevamos adelante; otra cosa es si la cuidamos al detalle, con el esfuerzo permanente de las Administraciones Públicas.

Yo estoy de acuerdo con usted en que se hace en unas cotas que quizá son insuficientes. Le diría que se hace mucho, aunque pienso que en materia preventiva, que forma parte casi de una cultura, tanto de las Administraciones como de la población, como epidemiólogo creo que se hace insuficiente, siempre se hará insuficientemente, y esto no es tirar balones fuera. Quiero decir que seguro que podríamos hacer más cosas, no solamente la Administración central, el Ministerio de Sanidad y Consumo, sino que es plena competencia de todas las comunidades autónomas, incluso de los ayuntamientos, aunque yo creo que todos estamos haciendo un esfuerzo considerable pero que podríamos llegar un poquito más lejos.

En cualquier caso, estoy de acuerdo con usted en que en el año 1987 se aprobó una norma muy importante que era el Plan para la igualdad de la mujer, que el área 4 es un reto para este Ministerio y para el conjunto de las Administraciones con competencia sanitaria, y también que es una meta importantísima en este caso para el Ministerio, porque estamos comprometidos con la Organización Mundial de la Salud y, por tanto, como Estado, el potenciar la política de promoción de hábitos saludables.

No obstante, como bien decía S. S., el hábito de fumar es actualmente la mayor causa de mortalidad en España y contribuye de modo creciente también a la morbilidad. Su eliminación tendría por sí sola mayor efecto positivo que cualquier otra medida de salud pública. Consciente de esta situación, el Ministerio de Sanidad y Consumo (y respondo ya concretamente a lo que venimos haciendo) ha incluido entre los objetivos del documento que será presentado a esta Cámara por el Ministro de Sanidad y Consumo, don Julián García Valverde, yo espero que en no mucho tiempo (ya lo estamos prácticamente ultimando, en coordinación con la oficina regional de la OMS, para que colabore en dicha exposición ante esta Cámara) el documento «Estrategia de salud para todos en el año 2000 en España» como promoción de hábitos saludables por los que usted se preocupaba, la disminución del consumo del tabaco y sus efectos nocivos sobre la salud.

Se configura así la lucha contra el tabaquismo como un objetivo prioritario de la política de salud española. La meta será la disminución de la proporción de fumadores hasta los promedios europeos, como mínimo. Para ello se ha articulado, dentro del Plan nacional de prevención y control del cáncer, un programa contra el tabaquismo con las siguientes acciones: aplicar progresivamente la nueva legislación sobre el tabaco para lograr, por un lado, proteger a los no fumadores en lugares públicos y en el medio laboral; por otro lado, reducir los contenidos de alquitrán permitidos actualmente hasta equipararlos a los

establecidos por la Comunidad Europea; asimismo introducir etiquetas con advertencias sanitarias más claras y concluyentes, indicando la concentración de sustancias nocivas en el producto; también articular medios efectivos para la aplicación de la legislación, en especial de la prohibición de venta o promoción directa dirigida a menores, así como reducir la publicidad y promoción del consumo de tabaco, tanto la directa como la indirecta. Elevaremos los impuestos sobre el tabaco hasta igualarlos a la media de los vigentes en la Comunidad Europea. Sabe que esto tiene que ser planificado de acuerdo con la propia Comunidad, y así se viene cumpliendo ya desde hace algunos años, pero hay que alcanzar todavía esa meta de igualarnos a la media de la Comunidad Europea. Extenderemos y evaluaremos los programas de información y prevención del tabaquismo, como nos solicita S. S., prestando especial atención a los jóvenes, profesionales de la enseñanza y personal sanitario.

Insisto en que estas medidas se vienen tomando, pero hay que seguir potenciándolas. Se priorizan, además, las acciones dirigidas a evitar el tabaquismo o el incremento del mismo en mujeres fumadoras, en la medida en que el tabaco es además perjudicial, como bien recordaba S. S., para el embarazo y el futuro del hijo. Desarrollar los contenidos de educación para la salud en los currícula (que también lo decía S. S.) de docentes y discentes, dirigidos a desincentivar el consumo de tabaco en los niveles de EGB, BUP, COU y Formación Profesional, en colaboración con las autoridades educativas, sobre los cuales ya se ha firmado algún tipo de convenio que S. S. debe conocer porque se hicieron públicos. Potenciar una red mínima de servicios de tratamiento y ayuda a fumadores que deseen dejar de fumar. Integrar dentro del Plan los esfuerzos de las asociaciones médicas y de voluntarios orientadas en la misma dirección, y coordinar todas estas acciones con el programa Euroesperanza de Lucha contra el Cáncer, a nivel europeo.

El programa contra el tabaquismo, cuyas líneas generales acabo de mencionar, está sustentado sobre unas bases normativas que contienen, por otra parte, previsiones de protección a la mujer embarazada, por las que se interesa S. S. en su pregunta. Dichas bases normativas se encuentran en el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones a la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, que ha supuesto un paso importante en la protección específica de la mujer embarazada en el lugar de trabajo, ya que su artículo 7.1, letra b), menciona expresamente que «no se permitirá fumar en cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas». Asimismo, incluye como una de las advertencias sobre el riesgo de consumo de tabaco la que figura como «fumar en el embarazo daña el futuro de su hijo».

En la actualidad se encuentra en fase de tramitación un nuevo real decreto sobre regulación del etiquetado y publicidad de productos de tabaco, que modifica parcialmente el Real Decreto 192/1988. En este proyecto se refuerza la protección de las embarazadas, ya que aumenta el número de advertencias que se relacionan con este aspecto concreto. También como protección de la población

en general y, por tanto, de las embarazadas, se limita la publicidad sobre tabaco y se amplían los lugares en donde no se permitirá fumar. En el terreno normativo quiero mencionar, por último, que el Ministerio de Sanidad y Consumo apoya la propuesta de directiva que ha presentado en el Grupo de Salud de la Comunidad Europea la Presidencia actual de Luxemburgo, por la que se modifica la Directiva 89/622 de la Comunidad Europea sobre materia de etiquetado de los productos de tabaco, en la que se establece la obligatoriedad de ese etiquetado no solamente en cigarrillos sino en todos los demás productos como cigarros, tabaco de pipa, puritos, etcétera, y se prohíbe la entrada y comercialización del tabaco en polvo de uso oral en el mercado europeo. Las anteriores acciones planificadoras «Estrategia de salud para todos» y normativas que he señalado, señoría, son las que, en el esquema de distribución de competencias —como le recordaba al principio— que opera en el bloque constitucional, corresponden a la Administración del Estado; los programas específicos de prevención corresponden a las comunidades autónomas.

No obstante —respondiendo ya concretamente— y por su carácter nacional, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene en sus presupuestos para 1991 diversas partidas que amparan acciones en este terreno: estilos de vida sana, lucha contra el cáncer, enfermedades cardiovasculares; en total, 384 millones, a los que habría que añadir 86, dirigidos a las comunidades autónomas para incentivar las campañas por parte de dichas Administraciones. Así, actualmente se ha convocado por concurso público una campaña de publicidad para informar a la población en general y, especialmente, a los jóvenes y —como a usted le interesa, señoría— a las mujeres embarazadas sobre la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco, como aparece en el «Boletín Oficial del Estado» de 4 de febrero de 1991. Esta campaña, presupuestada en 250 millones de pesetas, se encuentra en estos momentos en fase de selección, después de que diversas empresas publicitarias han presentado sus proyectos. Le puedo decir al respecto que estamos eligiendo aquellas que inciden más plenamente sobre el hábito del tabaco en las mujeres embarazadas.

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

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Presidente, quiero dar las gracias al señor Fernández Noriega por tan exhaustiva información sobre los planes y proyectos del Ministerio de Sanidad y Consumo a fin de promocionar la salud de la mujer y la salud en general de todos los españoles. Lo único que me preocupa de su intervención, señor Fernández Noriega, es que está hablando de futuro; es decir, son planes a realizar, pero me está dando pocas medidas concretas que se estén realizando en este momento.

Creo que el mayor problema con que se encuentra su Ministerio, a la hora de planificar la sanidad en este país, es la falta de educación sanitaria del pueblo español. Poco

se está haciendo o nada para que la sanidad mejore en el sitio donde debiera, porque, no nos engañemos, la promoción, la divulgación, la capacidad de medidas que dice que se van a arbitrar sobre etiquetado y muchas otras cosas por el estilo, según acaba de especificar, de poco sirven cuando el fumador tiene adquirido el hábito, porque la mayor parte de los españoles fuma y no lee lo que pone la cajetilla. Lo que hace falta es educar a la juventud española desde la escuela para que no adquiera estos hábitos y, luego, una vez adquiridos, habrá que hacer campañas de divulgación para que vean claramente el problema y el peligro que trae para la salud el tabaco. Pienso que debieran incidir mucho más en la educación y en llegar a acuerdos, como ya se está haciendo (con el Director General de Planificación Sanitaria hablamos de este problema); se están haciendo «curricula» especiales en los colegios por el Ministerio de Educación y Ciencia. Debieran insistir en llegar a acuerdos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación y Ciencia, a fin de preparar a los jóvenes, a los futuros españoles, para que dejen de fumar.

Aparte de lo anterior, tampoco me ha dicho S. S. cómo van a resolver en estos momentos la falta de atención a la mujer, porque le acabo de comentar la falta de medios que hay para prevención de cáncer, tanto de mama como de útero, en el país. Solamente una comunidad, la Comunidad Autónoma de Navarra, está haciendo cosas verdaderamente importantes. Si usted va en estos momentos a Pamplona se encontrará con una difusión y divulgación de lo que es el problema del cáncer de mama y los medios que tiene esta Comunidad para detectarlos verdaderamente abrumadores. Sin embargo, en el resto de las comunidades no está haciéndose absolutamente nada. Tampoco se está haciendo nada —y se lo decía antes— en el mundo rural. España, además de ciudades, cuenta con el mundo rural al que no llega la divulgación ni la información ni, mucho menos, aquellos equipos que deben atender a la mujer y deben prevenirla de un posible embarazo con problemas debido al uso del tabaco y de alcohol.

Por todo ello, me parece perfecto todo lo que el Ministerio tiene «in mente» realizar de cada al futuro, pero me gustaría que se agilizaran todas estas medidas y se plasmaran en hechos concretos, pero ya.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Subsecretario de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señora Izquierdo, ahora ha sido S. S. mucho más contundente al emplear términos como absolutamente nada, que me preocupan.

He matizado muchas veces que estos planes en gran parte ya estaban puestos en marcha. En cuanto a la educación sanitaria —que le debe preocupar a S. S. porque tiene interés por estos problemas como nos preocupa a todos nosotros—, le digo que ocurrió en España algo trascendente en 1979, cuando los ayuntamientos democráticos se ponen en marcha. En el ámbito de la salud hicieron algo muy importante para la historia de este país,

como fue potenciar fundamentalmente aquellas campañas que iban dirigidas a la educación sanitaria de los ciudadanos, tanto en hábitos —insisto— saludables en su conjunto, alimenticios, como pueden ser también los nocivos, y de otros muchos tipos como el de conducir a excesiva velocidad, que es una de las causas fundamentales de muerte. Parece que a veces se olvida, señoría, en este intento, por otro lado lógico, de un debate en que un parlamento trata de controlar y evaluar la acción de la Administración, que estos temas más que otros, pero fundamentalmente éstos, son responsabilidad de todos, y usted sabe que hasta países con larga tradición en educación sanitaria y en potenciar hábitos saludables con campañas nacionales y hasta regionales tienen estos mismos problemas, que son problemas de países desarrollados. Se sigue conduciendo a grandes velocidades y se sigue fumando en cifras que, desde la perspectiva de salud pública, son insatisfactorias en la medida en que la más idónea sería cero y no se ha conseguido en ningún país del mundo. Y es que estamos luchando contra muchos intereses creados, señorías, lo que nunca es fácil, por más que sometamos a nuestro país y a los ciudadanos a intensas campañas de educación y hasta de publicidad en contra, en este caso, del tabaco. Por tanto, responsabilidad de la Administración, lógicamente, pero también responsabilidad de todos.

Es verdad S. S. sigue preocupada —lo decía al principio y se me puede haber escapado en mi respuesta a su primera intervención— porque todavía hacen falta campañas o extender las citologías o todo lo relacionado con el cáncer de mama y útero. Yo le digo que estamos haciendo un enorme esfuerzo. Quizá no estaba el día en que recordaba —para que vea la influencia que tenemos todos en el seguimiento de estas campañas o en que seamos sujetos activos de estas campañas por voluntad propia—, contestando a una pregunta concreta de no recuerdo qué Diputado, que estábamos haciendo una campaña desde el centro de salud y dos equipos de atención primaria en la población de Fuenlabrada, con gran interés por parte de todos los profesionales sanitarios que se encontraban en esa población, sumamente animados porque estaban colaborando todos, los asistenciales y los preventivos. Durante los primeros días de la campaña no apreciamos un incremento de personas —y se buzoneó toda la zona— que asistían, preocupadas por este tema, al centro sanitario, en este caso un centro de salud. Sucedió alrededor del décimo día que un culebrón de los que nos tienen sometidos las televisiones ponía de manifiesto que la protagonista tenía un cáncer de mama, y al día siguiente y sucesivos se llenó masivamente el centro de salud. Quiero decir que quizás ello nos debe llamar la atención de que debemos emplear otros mecanismos de comunicación y, por tanto, en ello también estamos, pero también indica la complejidad de la materia que nos traemos entre manos y por la cual SS. SS. preguntan.

En cuanto al mundo rural, creo que por más que se haga —por un problema casi endémico en la historia de nuestro país, aunque ha cambiado mucho la situación en algunas cosas— no es que siga habiendo un retraso, pero

sí se puede diferenciar en algunos aspectos con el dinamismo que cobran ese tipo de programas en el mundo urbano. Y sí le quiero decir, señoría, que no es un desierto. Gran parte del mundo rural está cubierto con centros de salud y con equipos de atención primaria, y a los profesionales (es una experiencia propia como profesional sanitario) nos gusta no sólo curar sino prevenir; cada día nos gusta más prevenir porque se establece una relación muy adecuada con la persona que tenemos enfrente. A veces el curar indica una enfermedad, y provoca en el profesional una tristeza ver que el que está enfrente sufre. Desde esa perspectiva, los profesionales, tanto en el mundo rural como en el urbano, hacen un enorme esfuerzo y, por tanto, no hay un desierto. Es un esfuerzo que día a día se va organizando y potenciando a través de centros de salud, pero también con los consultorios de aquellas poblaciones donde no ha llegado la reforma de atención primaria, aunque está previsto que llegue en estos años, y cuyos profesionales, por la vocación que tienen relacionada con la prevención, ya han ido asistiendo a cursos en la Escuela Nacional de Sanidad. Saben que es necesario ir potenciando la prevención y cómo se hace esa potenciación. Todo esto está contribuyendo a que la situación no sea tan negra como S. S. la pinta; no será tan blanco como quisiéramos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Lógicamente S. S. y nosotros tendremos que luchar para llegar a alcanzar mayores cotas en este camino en el que hace años hemos avanzado, ayuntamientos, comunidades autónomas, y Administración central del Estado.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de entrar en la siguiente pregunta, quisiera recordar, tanto a los interpelantes como al compareciente, que la Presidencia es muy flexible, pero no le gustaría que se convirtiera cada pregunta en una comparecencia porque estaríamos haciendo un mal uso del Reglamento. Por tanto, utilicen el tiempo que sea necesario, pero ajustándose en las intervenciones a lo previsto en el Reglamento.

— **SOBRE FECHA ESTIMADA POR EL GOBIERNO PARA QUE LA COMISION DE EVALUACION Y REVISION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD RINDA SU INFORME A LA CAMARA. FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA, DEL GRUPO POPULAR (Número de expediente 181/001031)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre fecha estimada por el Gobierno para que la Comisión de Evaluación y Revisión del Sistema Nacional de Salud rinda su informe a la Cámara, formulada por la señora Izquierdo del Grupo Popular. Tiene S. S. la palabra.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Presidente, procuraré ser breve. Creí que la otra vez no me había pasado en el tiempo, y sí fue así lo lamento, pero ahora no me voy a extender en mi exposición puesto que sólo pretendo que el señor Fernández Noriega me dé información.

En el Pleno del Congreso de los Diputados del día 13 de febrero de 1990, se aprobó una resolución por la que se disponía la creación de la Comisión de expertos para el estudio de la situación con tendencias, expectativas y soluciones de futuro que podía tener el Sistema Nacional de Salud. Era un proyecto de ley que presentó el Grupo del CDS, al que nosotros introdujimos una enmienda porque considerábamos que la Comisión de expertos debía de salir de esta Comisión, ya que a fin de cuentas es el Parlamento el que debe llevar el protagonismo, y no la calle, sobre lo que está pasando en la sanidad y saber qué medidas y qué reformas son precisas para que la sanidad funcione en este país. Sin embargo, nuestra enmienda no prosperó, y sí lo hizo una del Grupo Socialista en la que se decía que se constituiría una Comisión de expertos que traería sus resoluciones a este Parlamento. Ha transcurrido más de un año desde este Pleno y me gustaría que me dijera, porque sabemos que la Comisión está constituida y funcionando y es suficiente el tiempo transcurrido, cuándo se van a traer las resoluciones a este Parlamento, y si se van a traer tal y como se acordó en ese Pleno.

A título de curiosidad de esta Diputada, y del Grupo Parlamentario al que pertenece, me gustaría me dijera qué miembros hay en esta Comisión, qué currículum acredita el carácter de estos expertos, qué mandato hay formulado a la Comisión y autoridad u órgano que lo acordó, qué personas, qué profesionales y con qué medios se ha consultado por esta Comisión de expertos, qué régimen de funcionamiento se ha venido practicando hasta el presente en esta Comisión, con qué medios económicos se ha contado, a qué entidades, organizaciones y representaciones en su caso se les ha solicitado su parecer y opiniones expresadas por las mismas. Se trata, simple y exclusivamente, de que después de un año el señor Fernández Noriega nos diga en qué ha consistido esta Comisión, qué personas la han integrado, con qué medios y con qué personas se ha contado, y en qué proceso se encuentra la Comisión en este momento.

El señor **PRESIDENTE**: Perdona, señor Izquierdo, pero ha convertido una pregunta en una comparecencia a base de muchas preguntas. Yo entiendo que el señor Fernández Noriega reglamentariamente está sólo obligado a contestar la pregunta, pero supongo que no tendrá inconveniente en ampliarla.

Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señor Presidente, trataré también de ceñirme a sus indicaciones.

Señoría, no entrando en si la enmienda era del Grupo Popular o del Grupo Socialista, lo que sí es cierto es que la enmienda del Grupo Socialista estaba en línea con lo que ocurre en otros países; no es que se quisiera sacar a la calle ningún estudio ni nada por el estilo.

Me preguntaba si se va a traer al Parlamento, y lógicamente tengo que decirle que sí, porque, si no, sería un secuestro a la voluntad de esta Cámara, y no es ese el deseo del Grupo Socialista cuando lo que hizo fue proponer otra

filosofía, como ya veremos que se ha hecho en otros países. También le diré el número de miembros que tiene. El mandato ha sido a través del pleno del Consejo Interterritorial, que es el órgano que establece la Ley General de Sanidad como máximo responsable del Sistema Nacional de Salud con que se ha dotado nuestro país. En cuanto al régimen de financiación, funcionamiento y medios económicos, debería estar aquí don Fernando Abril Martorell, porque a mí se me escapan. Como es una Comisión neutral, y yo no formo parte de ella porque soy miembro de la Administración y se supone que no sería objetivo en la medida del cariño que tengo a las acciones que desarrolla mi Departamento, todo esto son pequeños detalles que, como no son secreto de sumario, me comprometo, más allá de decirle lo que está ocurriendo, a mandarle por escrito lo que es más minucioso.

La complejidad de los sistemas sanitarios, sea cual sea el sistema en que están sustentados, así como la influencia que tienen sobre los ciudadanos, junto al coste tan elevado que pagan, hace que su mejora sea objeto de estudio y de reflexión permanente aquí y en otros países de nuestro entorno, así como también en Estados Unidos, por mencionar otros países que no están tan cerca de nosotros. Los servicios sanitarios son motivo de preocupación creciente en todas las naciones modernas y ocupan cada vez más la atención de los ciudadanos, parlamentarios, organismos internacionales, profesionales de la economía, de la sociología, de la comunicación, además de todos los que forman el mundo sanitario. El informe Griffiths en Inglaterra en 1983, la Comisión Dekker en Holanda en 1987, el «White Paper» último del Reino Unido de 1989, la Comisión Pepper de Estados Unidos en 1990 son ejemplos de numerosas iniciativas similares a las que adoptó esta Cámara a iniciativa del Grupo Socialista y de los estudios llevados a cabo por encargo de los parlamentos o de los gobiernos, para dar respuesta a las demandas sanitarias siempre cambiantes.

El 13 de febrero de 1990, como bien decía S. S., el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley relativa a la creación de una Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud, las tendencias de su entorno en el momento actual y de cara al futuro. El Gobierno aceptó esta proposición como no podía ser de otra manera, y el 4 de junio de 1990 el pleno del Consejo Interterritorial acordó la creación de la Comisión de análisis, evaluación y propuestas de mejora del sistema Nacional de Salud, presidida por don Fernando Abril Martorell. En la primera comparecencia en la sesión plenaria del Consejo Interterritorial, el Presidente y el Vicepresidente de la Comisión, expusieron los cometidos concretos de dicha Comisión, así como un calendario provisional que situaba la entrega del documento final en torno al día 30 de abril del presente año 1991. A partir de ese momento se crearon nueve subcomisiones encargadas de elaborar informes específicos sobre la situación actual, previsión a medio y largo plazo y estrategias futuras. Dichas Subcomisiones se han agrupado en torno a economía del sistema de gestión y financiación, personal sanitario asistencial, hospitales, asistencia especializada am-

bulatoria y tecnología médica, atención primaria, urgencias, salud pública, prestaciones farmacéuticas, oferta de la asistencia privada y atención sanitaria y social. Las mismas han estado formadas por 118 especialistas y cada una de ellas contó además con consultores específicos (unas 20 personas), tanto nacionales como extranjeros. La Comisión ha estudiado los sistemas nacionales de salud de distintos países, en especial de aquellos en los que se ha llevado a cabo o se prevén reformas. Se han mantenido reuniones con sir Roy Griffiths, que estuvo aquí hablando con los distintos profesionales que forman parte de cada una de las subcomisiones. También con el doctor Claes Ortn Dahl, director del National Board of Health and Welfare, de Suecia; Peter B. Boorsma, miembro de la Comisión Dekker, y el doctor Fcheerder, director del Directorate Insurance, Market Regulation and Price Determination, del Ministerio de Bienestar, Salud y Asuntos Culturales de Holanda.

Miembros de la Comisión se han desplazado también a Suecia, Gran Bretaña y Alemania con el fin de conocer y comprobar las reformas previstas y aplicadas.

En este momento, respondiendo ya a su pregunta concreta, cada una de las subcomisiones ha entregado su informe al Presidente, señor Abril Martorell, y se está trabajando, por lo que yo sé, en la elaboración del único informe final. Se prevé que quizá se sobrepasen unos días los plazos de tiempo marcados al inicio de este proyecto, pero —insisto— en unos días, no en unos meses.

En cuanto a todo lo que me ha preguntado de más detalle, como le digo, tanto el Presidente de la Comisión, señor Abril Martorell, como el Vicepresidente, presentaron al Consejo Interterritorial un acta donde constaban los objetivos, las personas que la formaban, etcétera, y yo me comprometo a mandar a S. S. dicho acta para que sepa en detalle todo lo que me ha preguntado.

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

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Presidente, permítame que agradezca al señor Fernández Noriega la información, al mismo tiempo que solicito que se cumplan los plazos, aunque sean algo dilatados, para que dentro de este período legislativo podamos tener aquí el informe.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señoría, por supuesto que será en unos días más, pero no en unos meses, y dentro de plazo.

— **SOBRE NUMERO DE ENFERMOS, A 31-12-90, CON MAS DE TRES MESES EN LISTA DE ESPERA, POR ESPECIALIDADES, SERVICIOS CENTRALES Y PATOLOGIAS, EN EL HOSPITAL QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INSALUD) GESTIO-**

NA EN MELILLA. FORMULADA POR EL SEÑOR HERNANDEZ MOLLAR (G. P) (Número de expediente 181/001046)

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente pregunta es sobre el número de enfermos, a 31 de diciembre de 1990, con más de tres meses en lista de espera, por especialidades, servicios centrales y patologías en el Hospital que el Instituto Nacional de la Salud gestiona en Melilla, formulada por el señor Hernández Mollar, quien tiene la palabra.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Subsecretario, me consta que las listas de espera es un tema que no les agrada especialmente a ustedes; le puedo asegurar que tampoco a mi Grupo, pero quizá por motivos diferentes. Sin embargo, lo que sí está claro es que a quienes les resulta especialmente desagradable es a los contribuyentes y ciudadanos, que son los que sufren y soportan pacientemente, con auténtica resignación, esta lacra sanitaria, por decirlo de alguna forma.

Viene siendo norma habitual del Gobierno escurrir el bulto y evadir las respuestas a nuestras preguntas parlamentarias sobre este tema, diciéndonos, por un lado, que no son útiles para analizar el sistema sanitario, que no sirven como instrumento de gestión —son palabras textuales del nuevo Ministro en contestación a una pregunta oral que le hice en el Pleno la semana pasada—, y, por otro lado, tengo que decir que nos pretenden dar una auténtica lección pedagógica sobre los indicadores representativos y su utilidad.

En definitiva, señor Subsecretario, o no saben, cosa que dudo, o no quieren contestar. Sí admiten, en una especie de pirueta dialéctica, los tiempos de espera y, señor Subsecretario, al final, el tiempo lleva a la confección de una lista de personas que esperan pacientemente ser atendidos, en algunos casos con resultados incluso lamentablemente trágicos.

Lo cierto es que, quieran o no, la atención sanitaria especializada, preventiva o ambulatoria sufre, en ocasiones, peligrosos y serios retrasos. Lo reconoce muy recientemente el Defensor del Pueblo en el informe que acaba de presentar a las Cortes, donde, al parecer, dice expresamente que la lista de espera es el problema más serio que, desde su óptica, en estos momentos tiene la sanidad española.

Señor Subsecretario, este Diputado, en su legítima función de control, quisiera que el Gobierno y la Administración proporcionaran datos y argumentos sobre este tema y, en esa función que me corresponde, desearía que me respondiera a la pregunta concreta que como representante de esa demarcación tengo formulada sobre el Hospital Comarcal de Melilla.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Aunque reconozco que no es

agradable hablar de listas de espera, recuerdo a S. S. que fueron los socialistas en el Gobierno quienes las pusieron en marcha. Sin embargo, es verdad que a lo largo del tiempo estas listas de espera se han usado como un «boomerang» en contra de algunos elementos que no compartimos que fuesen la filosofía de los ahora llamados tiempos de espera.

Desde luego, yo le voy a responder a algunas de las cosas que ha expuesto, pero veo que lo que usted llama lección pedagógica se la ha aprendido bien a base de que nosotros seguimos repitiendo machaconadamente algo que nos preocupa. Pero si bien la teoría se la ha aprendido, yo creo que S. S. sigue diciendo algo que, sinceramente, como Subsecretario y mucho antes como profesional sanitario, no puedo compartir con usted y le niego la mayor. Además, no sólo lo dice S. S., sino que ha habido otros Diputados de Izquierda Unida y de otros grupos que dicen lo mismo, que en las listas de espera se producen casos trágicos, y yo le digo a S. S. que eso es un desconocimiento del sistema. El sistema hoy día se mueve por dos mecanismos de entrada al mismo: el de la actividad urgente y el programado. Y yo le digo que todo lo que entiendo por patología trágica entra por el sistema de urgencias y no está en tiempos de espera; es la patología banal lo que está en tiempos de espera. Otra cosa es que a mí eso no me satisfaga y que tendamos a acortar los tiempos de espera, aunque también hemos dicho al Defensor del Pueblo que un estudio comparado con cualquier país europeo de un sistema público, que no privado como el norteamericano, tiene tiempos de espera; distinto es de qué tiempos de espera estamos hablando y en qué medida se pueden soportar y en qué patologías también.

Desde esa perspectiva, señoría, concretamente le quiero decir que en Melilla, desde 1982, se ha producido en asistencia especializada lo siguiente: la construcción de un nuevo hospital, con una dotación importante de equipamiento y un incremento de 34 camas sobre las existentes en enero de 1990, además de un incremento, a su vez, de recursos humanos cifrado en 288 personas más principalmente médicos y enfermeras, y la creación de nuevos servicios en atención especializada, como la unidad de cuidados intensivos, rehabilitación, hemodiálisis y unidad de esterilización. En atención primaria hemos abierto el Centro de Cabrerizas, el de Salud General de Pola Vieja y se han iniciado las obras en el Centro de Salud Alfonso XIII.

Como verá S. S., se ha efectuado un esfuerzo, a nuestra manera de ver importante para una población como Melilla, que como le he dicho seguimos aumentando. Tenemos previsto abrir más centros de salud, y esperamos que los frutos del mismo redunden, como es lógico y como ya está sucediendo, en una mejora de la calidad de la atención a los problemas de salud de la población de Melilla, que nos importa mucho.

También me gustaría apuntar un aspecto que determina de forma importante la cobertura de especialidades en el Hospital Comarcal de Melilla y que tiene algo que ver con su pregunta.

La situación geográfica de esta localidad dificulta tre-

mendamente la cobertura de plazas vacantes en algunas especialidades médicas. Esto, en la práctica, plantea una situación dinámica en la evolución de los tiempos de espera afectada más en función de los recursos humanos, que a veces no encontramos, que por la capacidad estructural propiamente dicha.

Entrando de lleno en el contenido de su pregunta, los tiempos de espera del Hospital Comarcal de Melilla, en las diferentes especialidades, se encuentran dentro de lo que podríamos decir límites razonables. Ahora bien, las especialidades en las que se pueden encontrar disfunciones entre la oferta y la demanda y sobre las que estamos actuando específicamente son las que señalo a continuación: oftalmología, en la que se han ido suprimiendo las patologías más severas, quedando pendientes, fundamentalmente, las referidas a refracciones en el sentido sobre todo de las graduaciones de gafas. En toxicología y urología la gran mayoría son problemas de planificación familiar, como ligadura de tubérculos y vasectomías, existiendo también patologías banales como la fimosis.

En cuanto a la especialidad de ecocardiografía, debo referirme a las dificultades apuntadas anteriormente, y que usted también afirmaba con su cabeza, en relación a la cobertura de plazas de médicos especialistas, que es un reto para este sistema y que obedece a una oferta que sacamos en base a que los profesionales puedan ir a Melilla. Pero insisto en que no carecemos de la capacidad presupuestaria para esa oferta, que estamos realizando y es verdad que a veces no sólo a Melilla, sino también a otros puntos distantes o muy rurales, ya que hay profesionales que, hoy por hoy, en ciertas especialidades donde no existe paro, como he ratificado muchas veces en esta Cámara, no quieren ir a esos lugares y se quedan en las grandes ciudades.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: No quiero abrir un debate sobre las listas de espera, porque no es el objeto de esta pregunta, aunque tiene gran relación con ello. Lo que está claro es que no nos ponemos de acuerdo. Nosotros pedimos datos, números, y usted me acaba de demostrar ahora, en la respuesta que me ha dado, que se vuelven a negar a proporcionarlos.

También tengo que decirle que estamos en libertad de hacer la valoración de la utilidad de esos datos. Por eso hacía referencia antes a esas lecciones pedagógicas que permanentemente nos dan al pedir las cifras de listas de espera que siempre nos dicen que para qué nos sirven.

Señor Subsecretario, efectivamente, yo no voy a negar que en la ciudad de Melilla se ha hecho un esfuerzo en materia sanitaria; es un hecho real y cierto, pero a todas luces insuficiente.

En cuanto a los datos que usted me acaba de dar, efectivamente, en consultas externas el mayor tiempo de espera se da en la especialidad de oftalmología, pero yo creo que esto se produce —y ahí hay que buscar la causa— en la atención primaria. Como muy bien ha dicho, gran par-

te de los casos de esta especialidad se refieren a refracciones, y eso quizá se podría solucionar poniendo un oftalmólogo en dicha atención primaria.

Por otra parte, que haya más de 200 intervenciones pendientes de esta especialidad, con tres oftalmólogos y cuatro quirófanos en el Hospital Comarcal, a mí, señor Subsecretario, me parece bastante impresentable. Esto demuestra, de alguna forma, la incapacidad de gestión de los recursos allí existentes. Me gustaría que también se previera —tiene información al respecto este Diputado— que al parecer uno de los tres oftalmólogos que hay actualmente en la ciudad va a pedir de inmediato el traslado.

Se producen, efectivamente —usted lo acaba de decir—, unos tiempos de espera normales en la especialidad de tocoginecología. Me parece que hay alrededor de ciento y pico intervenciones pendientes, y si no son especialmente graves en cuanto a su incidencia, por las causas que usted acaba de señalar, lo que sí es cierto es que en el Hospital Comarcal hay camas que no están ocupadas y eso implicaría también que quizás hay un defecto en la gestión.

Es especialmente destacable la lista de espera en servicios centrales. Según la información de que dispone este Diputado, al parecer en ecografías hay plazos de espera de cerca de un año. Sobre esto también quiero llamar la atención a los efectos correspondientes.

En cuanto a las causas fundamentales —y a alguna de ellas ha hecho usted referencia—, yo quisiera señalarle, señor Subsecretario, que me da la impresión de que en Melilla hay una especie de esquizofrenia hospitalaria por la falta de gestión y aprovechamiento de los recursos que allí hay realmente. Uste sabe, señor Subsecretario, que allí hay tres hospitales. Dos están en funcionamiento, que son el Hospital Comarcal y el Hospital Militar, cada uno de ellos con media plantilla. Por ello le sugiero, si es posible, hacer una especie de convenio o acuerdo de colaboración entre las dos sanidades. El tercero es un hospital de la Cruz Roja que, efectivamente, está ya obsoleto. Ha sido sustituido, afortunadamente, por el Hospital Comarcal y actualmente está sirviendo de hotel para los visitantes. Habría que buscar también una solución a ese inmueble, aunque no sea de su competencia, puesto que es de la Asamblea de la Cruz Roja, como usted bien sabe, pero quizá aprovechable para mejorar nuestros servicios sanitarios.

Ha hecho usted referencia a la especial situación geográfica y a la falta de especialistas, quizá precisamente por la falta de incentivación a los facultativos para acudir a aquella ciudad. Quiero manifestarle, señor Subsecretario, que se está produciendo un agravio comparativo como consecuencia de la integración del personal sanitario de la Cruz Roja en la Seguridad Social. Al haberse producido esta integración, el personal procedente de la Cruz Roja parece ser que puede actuar privadamente, mientras que el personal sanitario propio de la Seguridad Social no puede hacerlo. Quizás haya que utilizar un poco de imaginación, flexibilizando la posible compatibilidad

de los facultativos de la Seguridad Social o mediante una serie de pluses de compensación.

Para terminar, señor Subsecretario, quisiera también llamarle la atención muy especialmente sobre la particular situación de la ciudad de Melilla en cuanto a la población allí existente, que no es exclusivamente de dicha ciudad, como usted bien sabe, sino también la que procede del vecino Reino de Marruecos, los extranjeros marroquíes que acuden allí sin derecho a asistencia y que son atendidos, lo que supone un importante costo para los servicios sanitarios y para la propia Seguridad Social.

Es un tema que podría ser origen también de otra pregunta que en su momento le formularé. Indudablemente, incide también en la situación sanitaria de aquella ciudad.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Señor Presidente, ¿me permite un segundo?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Vázquez, permítame que acabe el trámite de la pregunta y después le daré la palabra.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Antes de que conteste, quizá, y así tendrá ocasión de responderme.

El señor **PRESIDENTE**: Deje al menos al Presidente que decida cuándo le da la palabra.

El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señoría, coincido básicamente en muchos de los problemas que ha planteado, que estaban también en la base de mi respuesta. Más que matizarle algunas cosas, se trata de compartir alguna inquietud que usted ha manifestado.

Yo creo —y en eso le agradezco su sinceridad, quizá porque conoce bien la situación de Melilla— que el hecho de la insularidad, así como del aislamiento de las ciudades, plantea una problemática de cara al especialista que se tiene que trasladar. Esto lo estamos viendo no solamente con Melilla y Ceuta, sino, insisto, con las islas, ya sean de Canarias o Baleares. Es un problema, repito, que tenemos con la insularidad.

Usted expone algo muy interesante, y yo le digo que hay conversaciones entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad para intentar aprovechar al máximo los recursos, ya sean militares, ya sean civiles, como en nuestro caso, con un convenio cívico-militar. Por tanto, compartimos su idea y estamos tratando de llevarla adelante con el Ministerio de Sanidad en el ámbito de Melilla y también en otros sitios donde sería bueno establecer ese tipo de acuerdos para potenciar al máximo los recursos existentes.

Menciona usted que puede haber agravios comparativos entre el personal de la Cruz Roja y el personal de la Seguridad Social en cuanto a la posibilidad de actividad privada. Simplemente he de decirle que también el personal de la Seguridad Social puede ejercer actividad pri-

vada fuera de su horario siempre y cuando no tenga el complemento específico al que se ha acogido el 70 por ciento de los profesionales sanitarios médicos que trabajan en el sistema de la Seguridad Social y que les obliga a la exclusividad.

En cualquier caso, quizá el agravio pueda ser que no se ofrezca ese complemento al otro personal si no desarrolla actividad privada. Pero, señoría, insisto en que también nuestro personal puede ejercer actividad privada siempre y cuando no tenga ese complemento específico. Por tanto, no hay tal agravio comparativo, sino que simplemente habría que homogeneizar.

No es la primera vez que oímos lo relativo a los extranjeros marroquíes. Más allá de la Administración que gobierna —S. S. lo sabe bien—, la tendencia de las instituciones sanitarias, por la labor que desarrollan, que está muy unida a una labor humanitaria, es resistirse a realizar una serie de controles que para la Administración, si no colaboran los profesionales, es difícil ejercer.

Yo estoy de acuerdo en que es un tema —y usted formulará otra pregunta y nos podremos extender— que se refiere al control, de distintas Administraciones, no sólo la sanitaria. Pero cuando cae sobre la sanitaria es difícil establecer una frontera, por la peculiaridad humanitaria que tiene esta tarea.

Por lo demás, señoría, estudiaré con atención si en el Hospital Comarcal hay camas sin ocupar. Me preocupa lo que me ha dicho y, por tanto, estamos de acuerdo en que debemos potenciarlo al máximo. Es una de las cosas que me llevo anotada para estudiarla. Cualquier duda que pueda tener sobre este asunto, no ya necesariamente en el trámite de la pregunta, sino otro día, podemos discutirla.

El tema de Melilla, señoría, por las características en que hemos coincidido usted y yo, nos preocupa, porque a veces no es tanto una falta de voluntad, sino una dificultad para encontrar la manera de potenciar una serie de medidas.

También he tomado buena nota del traslado de oftalmología a la atención primaria, pero tenemos tres oftalmólogos y no es por casualidad. Seguimos ofertando, como en cardiología, y no nos llegan más especialistas. Vamos a ver cómo lo podemos arreglar. De todas formas, gracias por la pregunta, que es bastante constructiva, señoría.

El señor **PRESIDENTE**: Me imagino que el señor Vázquez, por alusiones a su Grupo Parlamentario, pide la palabra.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Señor Presidente, voy a ser muy breve, porque, obviamente, no me corresponde intervenir, excepto por la benevolencia del Presidente.

El opinar, como ha hecho el señor Fernández Noriega, que son similares las posiciones del Grupo Popular y de Izquierda Unida en temas sanitarios, siendo ambas legítimas, yo creo que es, como mínimo, incorrecto o inadecuado. Cada uno defiende las suyas y creo que son bastante claras las dos.

Negar la mayor, como usted ha dicho ya varias veces esta mañana aquí, puede ser una buena técnica parlamentaria, pero no sé si sirve para resolver los problemas.

Es evidente que la patología más grave se deriva hacia las urgencias y, por tanto, en la lista de espera no hay grave patología, como dice usted, eso es cierto, pero no deja de ser una perversión del sistema que el mismo resuelve a base de recargar excesivamente algunos de estos servicios, fundamentalmente hospitalarios, como el servicio de urgencia. Yo, como cualquier persona que defiende un servicio sanitario público con responsabilidad del Estado, acepto que tiene que existir lista de espera. En otros sistemas, la cola —como se conoce popularmente— se hace a la hora de cobrar y a la hora de disponer de recursos para poder asistir al sistema sanitario.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Vázquez, no aumente el debate. Simplemente corrija la alusión.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Ya he terminado. Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Me imagino que el señor Fernández Noriega hace gracia a esta Presidencia de la respuesta, pero tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Muy brevemente. Señoría, no pretendía aludir, simplemente, he respondido a algunas preguntas sobre este tema de listas de espera del Grupo que representa el Diputado Vázquez, y quisiera decirle que siguen equivocando lo que es la actividad de urgencia y la programada. Usted quiere llevarlo todo a urgencias, me da la razón y dice que se sobrecarga. En cualquier caso, lo podremos discutir, señoría, porque no hay problema.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por su atención a la recomendación de la Presidencia.

— **SOBRE CAUSAS POR LAS QUE ESPAÑA ESTA EN EL TERCER LUGAR EUROPEO EN CUANTO A CASOS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) TANTO EN TÉRMINOS ABSOLUTOS COMO RELATIVOS. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALÓN RICO (G. P) (Número de expediente 181/001047)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre causas por las que España está en el tercer lugar europeo en cuanto a casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida tanto en términos absolutos como relativos, formulada por el señor Villalón, del Grupo Popular, que tiene la palabra.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Presidente, quisiera pedir disculpas nuevamente al señor Fernández Noriega por este maratón parlamentario a que está siendo some-

tido, aunque yo creo que la Comisión está siendo muy distendida y no está la situación en crisis.

Señor Fernández Noriega, una de las lacras o males que afectan a nuestra sociedad es, sin lugar a dudas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Ante el aumento de casos de SIDA en nuestro país, que alcanza cotas preocupantes, desearíamos saber cuáles son las causas, a juicio del Gobierno, por las que España está en el tercer lugar europeo en cuanto a causas de sida, tanto en términos absolutos como relativos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Gracias, señor Villalón, sobre todo por hacer agradable, con su comentario, mi presencia en esta Comisión.

Es verdad que España se encuentra, en Europa, en tercer lugar, como bien sabe S. S. que hacia la pregunta, con 7.489 casos acumulados de sida, precedida de Italia, con 8.227 y de Francia con 13.145 casos.

En tasas de prevalencia, expresadas como casos acumulados por millón de habitantes, España también se encuentra en tercer lugar, tasa de prevalencia 192,6, precedida de Suiza, con 245,9, y Francia, con 234,1, que, a su vez, también tiene más casos acumulados asociados a transmisión madre-hijo que España.

Una posible causa del mayor número de casos acumulados, que sería lo que usted me quiere interpelar como términos absolutos o totales, es la mayor población que otros países de la región europea de la OMS tiene España. Eso por un lado.

Además, en cuanto a las causas de la elevada tasa de prevalencia, que sería en términos relativos, hay que buscarlas en la peculiar situación epidemiológica de la enfermedad en nuestro país, y, por otra parte, en el completo y exhaustivo sistema de registro de casos que disponemos, mucho más veraz y riguroso que el de países de nuestro entorno, no porque estos países no tengan capacidad para hacerlo igual de riguroso y de veraz, sino porque este Subsecretario a veces tiene la tentación de pensar que estos países ocultan datos con alguna intención que se me escapa.

La situación epidemiológica en España viene caracterizada por la existencia de un número importante de personas usuarias de drogas por vía parenteral, al estar asociado el 54 por ciento de los casos acumulados de usuarios de drogas por esta vía parenteral con una prevalencia de VIH tasa de infección alta (el 50 u 80 por ciento, que varía también según los años de drogadicción). Una de las consecuencias de la alta prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas vía parenteral es el riesgo de transmisión a las parejas sexuales si no utilizan medidas de prevención, como el preservativo, en sus relaciones sexuales. Ello unido a que el 54 por ciento de los casos acumulados de sida de sexo femenino estén asociados al uso de droga vía parenteral, contribuye a la existencia de mayor transmisión de madre a futuro hijo.

Asimismo, si bien comienzan a aparecer algunos resultados prometedores en cuanto a la evitación de la reutilización de agujas y jeringas entre los usuarios de droga vía parenteral como consecuencia de la adopción de prácticas más seguras dentro de las estrategias de reducción del daño, hay que tener en cuenta que en este camino las experiencias de promoción de salud son más limitadas en el tiempo, dado que el fenómeno del uso de drogas vía parenteral es históricamente más reciente. Consecuentemente, hay menos tradición en lo que se refiere a los modos más eficaces de proveer la educación para la salud a las personas con prácticas de uso de drogas vías parenteral.

Por otra parte, existe más vertebración social entre los colectivos con prácticas homosexuales masculinas que entre los usuarios de droga por vía parenteral, lo que conlleva también a un mayor número de líderes naturales en los propios grupos comunitarios a los que pueda implicarse en tareas de información y promoción de la salud, como así viene sucediendo.

Asimismo, son más las organizaciones propias con una mayor preocupación por la salud que en el caso de los usuarios de droga vía parenteral. Un ejemplo gráfico lo constituye el caso de Estados Unidos. Mientras que en San Francisco, con mayor población homosexual, se ha frenado la tenencia creciente, en Nueva York, con más población de usuarios de droga vía parenteral están aumentando los casos de sida.

Para resumir, señoría, quiero decirle que lo que más me preocupa es la situación epidemiológica que en rasgos generales se le ha descrito, donde tenemos un colectivo mayor y más preocupante que crece en el uso de droga vía parenteral. Tenemos también controlado el colectivo de homosexualidad masculina y la tendencia que pueda haber dentro de este colectivo de uso de droga vía parenteral a transmitir la enfermedad si no se usan medidas preventivas como el preservativo. Y le repito lo que le decía del sistema de detección de casos, que es mucho más exhaustivo que el de otros países del entorno, y le vuelvo a llamar la atención porque creemos que hay una cierta falta de lealtad por parte de estos países a la hora de emitir los datos, como reconoce la propia Organización Mundial de la Salud, y hace llamamientos para que la situación sea todo lo veraz posible, como así reconoce también esa Organización de cara a nuestro país, aunque nos lleva a la tercera posición dentro tanto de tasas absolutas como relativas.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Tengo aquí un informe de la Organización Mundial de la Salud donde más o menos viene a decir lo mismo que ha manifestado el señor Subsecretario.

En principio tengo que estar en desacuerdo con lo que acaba de manifestar el señor Fernández Noriega en relación a lo que parece ser que es ocultación de datos en países de nuestro entorno. Yo no tengo datos para llevarle la

contraria, pero me resulta un poco llamativo que países como Gran Bretaña, Alemania u Holanda oculten datos a la Organización Mundial de la Salud.

Realmente, España es el tercer país en números absolutos y el tercer país en números relativos de Europa en casos de sida y, como muy bien ha dicho el señor Subsecretario, la relación causa efecto es, en primer lugar, la drogadicción por vía parenteral; en segundo lugar, las relaciones sexuales y, en tercer lugar, la infección madre-hijo.

¿Qué es lo que nos preocupa a nosotros? A nosotros nos preocupa el aumento en progresión geométrica de los tres casos de sida. Pero hay una cuarta causa en estos momentos, que es la causa profesional. Aquí tengo un trabajo realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid por el Hospital Gregorio Marañón donde se aprecia un incremento de la inoculación accidental de lo que ellos denominan trabajadores sanitarios, destacando la infección de los profesionales de la enfermería. Es preocupante este aumento, porque manifiesta el grado de peligrosidad que en algunos hospitales puede presentar lo que denominan trabajadores sanitarios.

Ante todas estas circunstancias, nosotros creemos que el quid de la cuestión está en las medidas preventivas que desde la Administración se deben tomar. Creemos que las medidas preventivas pasan por una información; por la publicidad de los peligros de la enfermedad; por la publicidad de las medidas que se deben tomar, por ejemplo, en las relaciones sexuales, teniendo en cuenta que lo que podríamos denominar parejas estables realmente no son causa de infección, sino que fundamentalmente habría que hablar en este punto de las relaciones homosexuales y el cambio de pareja.

Por consiguiente, nosotros consideramos que el Gobierno, la Administración no ha tomado conciencia de la peligrosidad de este tema. Las campañas de difusión publicitaria en diferentes medios de comunicación, televisión o radio, deben inducir a la sociedad a crear una conciencia de los peligros que nos acechan.

Un apartado especial lo constituyen las drogas. La droga es la primera causa del sida. Esto nos llevaría a un debate más amplio de cuáles son los motivos por los que ha aumentado la drogadicción a lo largo de estos últimos años. La tolerancia en ciertos momentos y el favorecer el consumo constituyen algunos de los motivos que a la larga ha producido el consumo de droga por vía parenteral y como consecuencia esta enfermedad denigrante.

También nos tenemos que remitir al control que se debería hacer en los hospitales y en todos aquellos centros donde se realizan donaciones de sangre. Creemos que siguen siendo insuficientes y se siguen presentando todavía casos de hepatitis y de inmunodeficiencia adquirida en pacientes que requieren transfusiones sanguíneas.

Señor Subsecretario, si a todo esto añadimos que expertos en esta enfermedad vaticinan que en el plazo de dos años se van a duplicar los casos de sida existentes en España, es lógico que mostremos nuestra preocupación por la situación actual y nos parezcan pocas las medidas que se han tomado para prevenir esta enfermedad.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señoría, yo no pretendía que usted estuviera de acuerdo conmigo en algo que no ha sido una afirmación, sino, como he dicho, una tentación de este Subsecretario, y es pensar que hay países que ocultan datos. Pero a nosotros, que estudiamos este tema por proyecciones con países parecidos, nos sorprende que misteriosamente las cifras sean más bajas comparando unos con otros cuando hemos comparado epidemiológica, social y sanitariamente todo lo que ocurre.

En cualquier caso, éste no es el debate. Puede intuir como yo, aunque antes lo negué cuáles podrían ser los motivos para ocultar este tipo de datos que afectan a una gran cantidad de situaciones, entre ellas el turismo, etcétera, y, por tanto, no es baladí que uno pueda tener la tentación de pensar lo que he dicho, pero en cualquier caso, nunca ha sido una afirmación fundada de este Subsecretario, aunque sí, repito, una tentación que he querido llevar más allá de mi pensamiento para compartir con usted y alertarle de lo que puede estar pasando también en nuestro país, y que no es fortuito el que esto pueda ocurrir.

Estoy de acuerdo con usted en pensar que epidemiológicamente, como bien le he dicho en mi primera respuesta, los usuarios de droga vía parenteral están marcando una situación que hace que se dispare en nuestro país esta circunstancia grave (por no decir mortal al final para quien la sufre), en el caso de la mujer madre-hijo y en el caso hombre y mujer a través del contagio sexual. Todo esto hace que algunos especialistas puedan pensar que o actuamos con las medidas preventivas que usted decía, o se pueden duplicar los casos. Pero ya no le voy a hablar del coste social y de dolor que supone para los que sufren la enfermedad y los familiares que están cercanos a ellos, sino que también hay que hablar del coste que pagan todos los españoles para atender esta enfermedad, que en nuestro país se hace gratuitamente, siendo uno de los pocos en los que se cubre esta enfermedad aunque de esta manera aún sin estar tan desarrollada como en otros. Actualmente dicho coste asciende, con los casos señalados, a 30.000 millones de pesetas al año, lo cual puede suponer, si se duplica, un esfuerzo considerable.

Me ha hablado de los problemas en el medio laboral. En primer lugar, quiero rendir un homenaje por la labor que están haciendo dentro de las instituciones sanitarias tanto médicos como enfermeras, auxiliares y hasta celadores, y señalar el temor que, lamentablemente, a veces conlleva este tipo de enfermos, y digo lamentablemente porque este temor obedece más a discriminaciones que hacen sectores de la sociedad y algunos partidos políticos que tienen residencias en sus ámbitos locales y que ofrecen resistencia, perteneciendo muchos de ellos al arco parlamentario, lo cual nos hace pensar que supone una carga adicional para dicho profesional ese temor que sobrellevan con una gran dignidad y profesionalidad. De ahí mi expresión de hacer un homenaje a los mismos.

Pero también he de decir a su señoría que los estudios más serios que se han realizado actualmente desdramatizan totalmente el problema del sida en el medio laboral. Esto está avalado por estudios científicos españoles. Y no me refiero al temor que puedan tener los profesionales y que pueden volcar en un estudio, que yo respeto y que seguiremos leyendo porque también nos llegan ese tipo de trabajos, pero continuaremos actuando con medidas preventivas dentro del medio laboral. Quiero decir que si se adoptan las medidas preventivas no se deben preocupar más de la cuenta los profesionales y, además, porque los estudios más serios minimizan tremendamente el riesgo laboral que se produce en las instituciones sanitarias. No obstante, hay que estar permanentemente alerta sobre esta cuestión, y eso lo comparto con usted.

Por otro lado, insisto, estamos actuando en las instituciones sanitarias en lo que se refiere a medidas preventivas, estamos actuando contundentemente en ese sentido. Se publicaron manuales, estudios compartidos con el comité de empresa, con el comité de salud laboral, etcétera, y con la propia Administración en cada caso en las diferentes instituciones sanitarias. Pero otra cosa es el temor del que trabaja a contraer esta enfermedad, lo cual ha sido histórico en nuestra profesión con la hepatitis y con todas las enfermedades contagiosas, y no por ello han dejado de trabajar. Yo agradezco a nuestros profesionales ese esfuerzo que hacen día a día, mucho más cuanto que esta enfermedad, hoy por hoy, es mortal.

En cuanto a la población, estoy de acuerdo, señoría, pero cada vez que este Departamento intenta hacer esas campañas tenemos una cierta esquizofrenia o una cierta desorientación, porque somos criticados contundentemente. Prueba de ello ha sido la última campaña del preservativo, cuando estamos convencidos de que es un medio eficaz para evitar un daño mayor, cual es la muerte que provoca el sida, y no hay que dramatizar, pero esto es así. Y no digamos cada vez que en colaboración con distintas administraciones, o con organizaciones no gubernamentales, o con asociaciones de autoapoyo queremos destinar casas para tener a este tipo de personas, tratarlas y cuidarlas. Se produce un rechazo que a veces sufrimos en determinados locales por parte de los responsables políticos, sean de cualquier ideología.

Por tanto, esto está indicando, señoría, que, nuevamente, como decimos en otras ocasiones, no es un problema solamente de responsabilidad de la Administración pública, o de las distintas administraciones, también es un problema a cuya solución todos debemos contribuir desde un cambio de cultura para desdramatizarlo porque, si no, es

lógico que la gente «se defienda», entre comillas, ante lo que cree una pandemia incontrolada. Insistimos en que esta pandemia está controlada en la medida en que se utilicen los métodos preventivos que venimos anunciando sucesivamente y a veces con la presencia, no demagógica, del anterior Ministro de Sanidad y Consumo con sus propios hijos en casas de niños que fueron expulsados de colegios por una creencia que yo no comparto. En ese sentido, le quiero decir que con enorme fuerza tratamos de hacer una declaración en el Consejo Interterritorial todos los consejeros de distintas ideologías que se encuentran allí contra la discriminación y estigmatización en los centros escolares de personas afectadas por el sida, porque creemos que esto es intolerable en una sociedad desarrollada.

Desde esta perspectiva, y ya para resumir, he de decirle que también en el terreno de las drogas sabe su señoría que existe un proyecto de ley por el que se va tratar contundentemente de desincentivar el consumo público de las drogas y, por tanto, estamos actuando en todas las líneas por las que usted mostraba su preocupación. Otra cuestión es si tenemos toda la colaboración posible y la aceptación (casi por un mero hecho cultural) de la población, que en esto también tiene que superar muchos tabúes para poder hacer que estos enfermos no sean maltratados y discriminados, lo cual es una variable importante que influye en su calidad de vida en tanto se descubre una vacuna que les permita sobrevivir a dicha enfermedad hoy mortal.

Gracias, señoría.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Noriega.

El resto de las preguntas que figuran en el orden del día, por una u otra razón han sido aplazadas a petición de los grupos y de los propios proponentes de las preguntas. Por tanto, hemos finalizado el orden del día.

Yo quisiera, antes de levantar la sesión, recordar a SS. SS. que la semana próxima habrá, como es costumbre todos los años, una recogida de sangre promocionada por la Hermandad de Donantes, y hago una especial llamada a los miembros de esta Comisión para que colaboren a esta actuación dentro de sus posibilidades, ya que creo que es interesante y que nos corresponde dar ejemplo como colectivo que tiene una especial dedicación a estos temas.

Se levanta la sesión.

Eran las once y quince minutos de la mañana.