



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1992

IV Legislatura

Núm. 481

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 57

celebrada el jueves, 11 de junio de 1992

Página

ORDEN DEL DIA:

- | | |
|---|-------|
| Comparecencia del señor Secretario General para el Consumo y la Salud Pública (Ortega Suárez), para informar de los proyectos del Gobierno sobre el SIDA, tanto desde el punto de vista de la prevención como de su tratamiento (por acuerdo de la Mesa) (número de expediente 212/001714) .. | 14166 |
| Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Griñán Martínez), para: | |
| — Explicar las medidas a adoptar por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) ante las irregularidades producidas en la gestión del Hospital General de Albacete. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000428) | 14174 |
| — Informar sobre las medidas a adoptar para resolver las insuficiencias de recursos en atención primaria y especializada que presenta el área IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000432) | 14180 |

— **Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a establecer normas destinadas a obligar a los productores de alimentos elaborados a indicar de forma clara en la etiqueta el tipo concreto de grasa o aceite empleado, así como a remitir al Congreso, en el plazo de dos meses, un proyecto de ley por el cual se prohíba el uso de ácidos grasos saturados en los alimentos manufacturados. Presentada por el Grupo IU-IC («B. O. C. G.», Serie D, núm. 270) (número de expediente 161/000345)**

14184

Se abre la sesión a las cuatro y cinco minutos de la tarde.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL PARA EL CONSUMO Y LA SALUD PUBLICA, PARA INFORMAR DE LOS PROYECTOS DEL GOBIERNO SOBRE EL SIDA, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN COMO DE SU TRATAMIENTO, POR ACUERDO DE LA MESA (Número expediente 212/001714)

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

El primer punto del orden del día es la comparecencia del Secretario General para el Consumo y la Salud Pública, para informar de los proyectos del Gobierno sobre el sida, tanto desde el punto de vista de la prevención como de su tratamiento, por acuerdo de la Mesa, a solicitud del Grupo Popular.

Está con nosotros el Secretario General para el Consumo y la Salud Pública, al que damos la bienvenida a la Comisión y, al mismo tiempo, le damos la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL PARA EL CONSUMO Y LA SALUD PUBLICA** (Ortega Suárez): Muchas gracias, señor Presidente.

Antes de pasar a exponerles los proyectos previstos en relación con el sida quería referirme brevemente a cuatro características de la actual situación de la enfermedad en nuestro país. En primer lugar, la evolución de la enfermedad en España está marcada por el constante crecimiento de la población afectada, que se sitúa, en el primer trimestre del presente año, según los últimos datos que tenemos, en un total de 13.261 casos registrados, de los que ya han muerto 5.229. Por tanto, la prevalencia actual es de 7.962 enfermos diagnosticados y vivos. Esta tendencia, con ser preocupante, no es realmente desesperanzadora, ya que, aunque el número de casos anuales puede todavía considerarse alto, los incrementos interanuales han ido siendo menores desde hace ya algunos años. Hasta 1988, los nuevos casos diagnosticados manualmente suponían, al menos, duplicar la tasa de incidencia del año anterior; sin embargo, el aumento de 1991 respecto a 1990 es de un 24 por ciento, es decir, cuatro veces menos, no del cien por ciento. De todos modos, las cifras relativas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida hay que tomarlas siempre con cierta cautela, puesto que

existe un porcentaje de subdeclaración y también de retraso declarativo.

El segundo punto de esta sucinta descripción es la posibilidad de disponer de una vacuna contra el sida. Aunque cada día esta posibilidad está más consolidada, se presenta como una opción a largo plazo, de manera que la estrategia a seguir en el futuro inmediato debe continuar centrándose ineludiblemente en acciones de carácter preventivo.

En tercer lugar, el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad que tenemos actualmente y los éxitos relativos que determinados tratamientos tienen ya sobre la evolución —no sólo sobre la evolución de la enfermedad, sino sobre el nivel de infectocontagiosidad—, ambas circunstancias, suponen que es mayor el número de personas que requiere atención en los diversos estados de la enfermedad: de portador asintomático, de sujeto con complejo relacionado con el sida y con sida manifiesto. Esta atención, como es bien sabido, no puede limitarse a los aspectos puramente sanitarios ni, dentro de éstos, a los dispensados por la atención especializada. Es necesario prestar a los enfermos una atención integral que tenga en cuenta las dimensiones psicológicas y sociales del problema.

En cuarto lugar, quiero hablar del impulso que la investigación en materia de sida está recibiendo en nuestro país. Podemos sentirnos satisfechos del alto nivel alcanzado por la investigación retroviroológica, clínica, farmacológica y epidemiológica desarrollada, pero se requiere un esfuerzo de síntesis y coordinación, tanto a nivel nacional como internacional, en especial en relación con los trabajos impulsados por la Comunidad Europea. Digamos que ésta es la descripción, muy breve, de la situación del sida.

Pasamos ahora a nuestra respuesta ante esta configuración del problema. Ya conocen ustedes, porque se presentaron y se debatieron en el Pleno de la Cámara, las líneas de actuación del Plan Nacional del Sida para 1992. En primer lugar, con estas líneas, queríamos reorientar el Plan Nacional. El Plan Nacional está gestionado por una Comisión Nacional, integrada por representantes de los diversos sectores administrativos, profesionales y sociales y presidida por mí mismo. Cuenta también con una secretaría específica que tiene su infraestructura propia. Esta secretaría del Plan está adscrita a la Secretaría General para el Consumo y la Salud Pública y depende, funcionalmente, de la Dirección General de Salud Pública.

En el seno de esta Comisión Nacional, en noviembre pasado, se constituyeron cuatro subcomités: el de prevención, el de asistencia y formación, el de investigación y documentación y el de epidemiología. El contenido de estas líneas de actuación define una estrategia a corto, medio y largo plazo, y tiene cinco grandes objetivos. En primer lugar, mejorar el conocimiento de la enfermedad y de los procedimientos y recursos empleados para su control; en segundo lugar, reorientar los servicios asistenciales; en tercer lugar, reforzar las acciones de carácter preventivo; en cuarto lugar, potenciar la acción comunitaria, y, en quinto, mejorar la coordinación de la investigación. No obstante, estos cinco objetivos y estas líneas de actuación hay que señalar que están en el ámbito competencial del Estado, puesto que las comunidades autónomas tienen sus propios planes respecto al sida. Estas líneas de actuación pretenden promocionar y orientar estas acciones autonómicas. Y, además, para esa promoción en 1992 el Ministerio ha destinado 150 millones de pesetas en transferencias, que se reparten en las comunidades autónomas en base a dos criterios: casos diagnosticados de sida en 1991 y población total.

Como SS. SS. ya conocen con cierto detalle las líneas de actuación, no voy a detenerme en repetirlas y, en su lugar, prefiero exponerles a continuación cuál es el estado actual de los trabajos de ejecución. Voy a ir ordenándolos respecto a los cinco objetivos que marcan estas líneas de actuación.

En el primer objetivo, que es la mejora de la información epidemiológica y de los recursos destinados al sida, se está procediendo, primero, a la modificación de algunos de los contenidos del protocolo de declaración al Registro Nacional del Sida. Tenemos un buen registro en nuestro país, pero todo es mejorable. En segundo lugar, estamos haciendo un estudio para evaluar y mejorar su calidad. En tercer lugar, se está elaborando un informe epidemiológico sobre la situación del sida en las diferentes comunidades autónomas. En cuarto lugar, hemos remitido una encuesta a todas las comunidades autónomas, al Insalud, al Ministerio de Defensa y al Ministerio de Justicia para establecer detalladamente los recursos existentes en nuestro país respecto al síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Segundo objetivo, acciones que estamos llevando a cabo. Reorientación de los servicios. Se ha considerado prioritario el lograr un paulatino desplazamiento del protagonismo de la atención al sida desde la atención hospitalaria a los centros de atención primaria, ya que su forma de actuación se acomoda mejor, tanto a las demandas del paciente —en ciertos estudios de la enfermedad se conoce así— como a las necesidades de articulación de una asistencia sanitaria con prestaciones de otra naturaleza.

Con independencia de las actividades asistenciales que se vienen desarrollando en todo el sistema de salud desde hace tiempo, se ha suscrito un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud para la puesta en marcha de un programa de atención

integrada y continuada de prevención y control de la infección por VIH. Se han destinado por parte del Ministerio 250 millones de pesetas para este cometido y se inicia en cuatro Comunidades Autónomas —ya se ha iniciado—, que son: Asturias, Baleares, Madrid y Murcia. Se prevé que en el próximo año, en 1993, se generalice a todas las comunidades autónomas. Lo que el programa pretende es definir un modelo básico de aproximación de los servicios sanitarios al VIH sida en el que se articulen la totalidad de las estructuras sanitarias, y también aquellas que no lo son, que han de participar en la lucha contra la enfermedad, y en el que encuentren cabida las diferentes actividades de prevención y tratamiento.

Según el programa que hemos firmado con el Insalud, los equipos de atención primaria llevarán a cabo una serie de prestaciones, que no voy a referir ahora, y tendrán en cada equipo de atención primaria un responsable del programa del sida.

En lo que se refiere a atención especializada, también existe una pormenorización de las prestaciones de las tareas a realizar, y en este ámbito hospitalario hemos de decir que el núcleo asistencial central lo constituye la unidad funcional del sida, existiendo la figura en el nivel hospitalario también de coordinador de la enfermedad. Por tanto, las palabras claves de este programa firmado con el Insalud son coordinación y formación.

En este objetivo hay otra actividad en marcha, dependiente de este Subcomité de Asistencia y Formación, que es un documento que se presentará en la próxima reunión de la Comisión Nacional del Sida que se va a celebrar en julio, donde se van a presentar también diferentes aspectos de las pruebas de detección, en lo que se refiere a las indicaciones de estas pruebas, en el consentimiento del enfermo o del supuesto contagiado por el virus, comunicación, intimidad, etcétera, a fin de llegar a establecer criterios uniformes que garanticen en todo momento la salvaguarda de los derechos de los ciudadanos.

El tercer objetivo está incardinado en el subcomité de prevención que ha realizado un primer análisis de las encuestas y otros estudios disponibles sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas relacionados con el VIH sida. Las conclusiones demuestran que la situación media de nuestro país es razonable, pero que debe continuarse en varias líneas de actuación. Básicamente son: primero, la información debe dirigirse preferentemente a los adolescentes, sin perjuicio de que también alcance, por supuesto, al resto de la población. Segundo, la televisión sigue siendo el medio de más audiencia, pero hay que pensar en otras alternativas para llegar a grupos concretos con mayores niveles de prácticas de riesgo. Existe sobre todo cierta confusión entre medidas anticonceptivas y prevención del sida; entre portador sano de VIH y enfermo de sida. No resulta claro el mensaje sobre la seguridad actual de las transfusiones de sangre y las hemodonaciones, o sobre la capacidad de transmisión de determinados agentes,

por ejemplo, las famosas picaduras de los mosquitos, etcétera.

Otra actividad de este subcomité es la campaña, expresamente dirigida al público juvenil, que en este momento se está ultimando por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y que no voy a detallar. También, dirigido a jóvenes y adolescentes, está la incorporación de la educación para la salud en los currículos escolares. En otro orden, en la actualidad se pretende también elaborar ciertos materiales educativos sobre VIH sida orientados a edades entre 12 y 14 años. Estas dos últimas acciones entran dentro del ámbito del convenio que hemos suscrito muy recientemente, la segunda addenda ya, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia. También se está valorando la posibilidad, ya puesta en práctica por algunas comunidades autónomas, de extender la formación del VIH sida a las enseñanzas medias. Como último conjunto de actuaciones en este tercer objetivo, y que ya está en marcha, es celebrar, como todos los años, el día mundial de sida, que se tratará en este orden del día que les decía de la próxima VIII reunión del Comité Nacional.

Por último, la facilitación de los comportamientos saludables. En este campo se están desarrollando varias iniciativas que cuentan con la participación del Departamento —no son propias de mi Secretaría General, pero sí del Ministerio—, que son los intercambiadores de jeringuillas, empleados en algunos municipios; distribución de preservativos y algunas otras medidas incluidas en el programa de prevención en establecimientos penitenciarios, que se están llevando a cabo por el Ministerio de Justicia.

El cuarto objetivo de las líneas de actuación es potenciar la actividad de las organizaciones no gubernamentales en la lucha contra el sida. Sobre esto simplemente quiero decir que hay destinados 125 millones y hay una orden, que está a punto de ser ya firmada, que establece los requisitos y el procedimiento para el acceso a estas subvenciones, que hemos modificado este año, y que está en tramitación. Hay unas acciones y unos criterios preferentes de subvención.

Quinto y último objetivo. En materia de investigación sobre el sida, y siempre dentro del ámbito competencial del Estado en estas líneas de actuación, hemos confeccionado un directorio de proyectos investigadores y becarios en VIH sida que constituye el primer paso para una segunda acción, que es la coordinación de los diferentes trabajos y líneas de investigación.

Por último, el Instituto de Salud Carlos III, al que se le han transferido desde el Ministerio 300 millones para investigación en sida, sigue actuando básicamente en estudios de anticuerpos en donantes de sangre, en antigenemias y análisis de virus, y en determinaciones del DNA, mediante metodología de punta.

Nada más. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Secretario General.

¿Grupos que quieren intervenir? (Pausa.)

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

El señor **ROBLES OROZCO**: En primer lugar, buenas tardes, señor Secretario General, y muchas gracias por su comparecencia.

Por ser metodológico, quisiera decirle que esta comparecencia que pidió mi Grupo hace algo más de seis meses estaba destinada al Secretario General del plan del sida, que después hemos tenido conocimiento en esta Comisión, en primer lugar, que está jubilado y, en segundo lugar, que parece ser no tiene el rango administrativo suficiente como para su comparecencia.

Quiero hacer estas dos premisas porque aunque desde ese momento aquí hay temas más que suficientes como para que la comparecencia hubiera tenido lugar en más de una ocasión, incluso arranca de una preocupación que motivó que el Grupo Popular la pidiera. Como digo, ha habido unas declaraciones del señor Secretario General del Plan del Sida que me parecen importantes, y aunque sea un funcionario que en este momento está jubilado, indiscutiblemente alguna responsabilidad parece tener cuando, además, era una persona que hacía manifestaciones a los medios de comunicación que dependían de su Departamento y que supongo que en la estructura su sucesor, como usted acaba de mencionar, sigue estando.

Este señor, el señor Clavero, hizo unas manifestaciones diciendo que la OMS alarmaba con datos erróneos sobre la trascendencia del sida, y también hizo unas manifestaciones diciendo que el sida se transmitía por los periódicos. Así se ha publicado en los medios de comunicación.

A mí me parece que usted, como persona que ha tenido bajo sus órdenes a este señor, debería valorar qué juicio le merecen esas manifestaciones y si cree conveniente que desde la Administración se hagan este tipo de afirmaciones, que no creo que vayan precisamente en la línea correcta de la información «versus» prevención de la que todos estamos hablando.

Enlazando con la valoración que a mí me gustaría que usted hiciera de esta situación, quisiera llamar la atención sobre el hecho de que en la anterior Comisión se nos comunicó que sigue estando vacante la Secretaría General del Plan del Sida, cosa que, al margen del rango que este funcionario tenga dentro de su estructura, nos parece un tema extraordinariamente grave, porque grave es que la Secretaría General del Plan del Sida no se encuentre, parece ser —si usted no me dice lo contrario—, cubierta al día de hoy.

Dicho esto, y entrando de lleno en la materia que usted nos ha expuesto hoy aquí, el Grupo Popular quiere, una vez más, manifestar su preocupación por un tema que, valga la redundancia, preocupa en este momento, no solamente a la sociedad española, sino a la sociedad de todo el mundo.

El sida, sobre el que cada día nos despachamos con una información distinta, es un problema no solamente sanitario, sino también social, en la medida en que

es necesario atender a cuantas personas en este momento, o bien son ya enfermos manifiestamente declarados, o bien son portadores del VIH, o personas que, sin ser lo uno o lo otro, están bajo el síndrome del miedo de informaciones contradictorias, que también provocan ansiedad en la población en general.

Todo esto, como digo, nos lleva a una preocupación. No hace mucho debatimos en el Congreso una proposición no de Ley, en el primer caso del Grupo del CDS y en el segundo caso precisamente de nuestro Grupo. Había un matiz importante, que en aquel momento no se entendió con la suficiente claridad por los diferentes Grupos Parlamentarios, en nuestra proposición, que precisamente hablaba de la necesidad de tener un informe previo a los debates y a las orientaciones del nuevo plan del sida, para poder centrar el problema. Hoy eso toma francamente mucha más importancia, y creo que los datos últimos aparecidos hace dos o tres días en la prensa confirman lo que el Partido Popular decía en esa proposición: la importancia de disponer de un informe actualizado, real, veraz, que diga en ese momento cuál es la situación del sida, no sólo en nuestro país, sino a nivel mundial, para poder orientar nuestras acciones en los próximos meses.

Como sabe, porque es de dominio público y por los cargos que usted representa, la OMS acaba de filtrar un informe en el que de alguna manera pone en tela de juicio muchas de las actuaciones que se han venido haciendo en política contra el sida y, sobre todo, alarma sobre las previsiones que se habían hecho en cuanto a las estimaciones del sida. Dice el informe que la Organización se verá obligada a adaptar su estrategia en la evolución de las prioridades en los próximos años, y que los planes nacionales de lucha contra el sida no invertirían realmente en los aspectos más importantes a prevenir. Son datos recientes del informe, como digo, de la OMS.

No hace mucho también la OMS estimaba que se multiplicarían por ocho los casos que en este momento existían y en nuestro país importantes personas relacionadas con el plan del sida hablaban de 100.000 posibles personas enfermas de sida en los próximos años. Todo esto cambia de nuevo el panorama en nuestro país y nos obliga a reflexionar otra vez en profundidad.

Con motivo de la proposición no de ley que presenté mi Grupo y que debatimos en esta Cámara, tuve la oportunidad de defender esos mismos argumentos. Tanto si hablamos del sida pediátrico como si hablamos del sida en aumento entre el grupo heterosexual, como el enorme aumento experimentado desde el año 1984 a nuestros días de sida transmitido por vía parenteral, deberíamos de reflexionar si las orientaciones del Plan Nacional del Sida han sido las más correctas.

Desde el 34 por ciento, por ejemplo, en transmisión por vía parenteral, al 67 por ciento en este momento, o los aumentos en sida pediátrico, sitúan a nuestro país en las primeras cifras de Europa, también el importante aumento en el grupo heterosexual nos tendría que ha-

cer pensar, insisto, si están yendo las cosas por donde deberían.

El sida en instituciones penitenciarias es uno de los problemas más importantes al que también se enfrenta el Estado central. Las diferentes recomendaciones de los organismos internacionales hablan de la necesidad de un tratamiento precoz con AZT, incluso en aquellas personas asintomáticas. Me consta, porque he tenido la oportunidad en alguna comisión parlamentaria de visitar diferentes prisiones españolas, que no se está haciendo así en la inmensa mayoría de los centros de nuestro país. Por el contrario, se está haciendo cuando ya son personas sintomáticas que han empezado a desarrollar los diferentes cuadros clínicos. El hecho de que una persona se encuentre en prisión no significa que esté privada del derecho a la salud. Se deberían articular los medios suficientes para que pudiera remediarse en un breve espacio de tiempo.

No sólo hay problemas en el sida pediátrico y en los casos que le he mencionado, sino también con los profesionales. Existe verdadero terror en algunos colectivos de profesionales que incluso producen problemas de convivencia dentro de las unidades hospitalarias entre enfermos, familias y profesionales. Todo esto configura un panorama preocupante.

El problema es grave. No vamos a hacer más alarmismo del que ya provoca en sí la situación, y tampoco decimos que el problema sea fácil de resolver; lo que sí decimos es que en este momento hay que dar información, hay que poner orden en el método a aplicar y hay que poner voluntades traducidas en forma presupuestaria en la lucha contra el sida.

Quiero acabar diciéndole que precisamente el tan traído y llevado plan del sida lamentablemente tiene de plan exclusivamente el nombre, porque una de las premisas fundamentales, a nuestro juicio, para que el plan sea considerado como tal es que disponga de un presupuesto finalista para poder ejecutar todas estas acciones.

Las cantidades a las que ha hecho referencia vienen asignadas en otros conceptos dentro de los Presupuestos Generales del Estado, pero nunca en el concepto general del Plan Nacional del Sida, que no dispone de un arma ejecutiva para poder desarrollar adecuadamente sus programas.

Quiero recordarle, señor Secretario General, que las competencias en sanidad, a excepción de aquellas transferidas a las comunidades autónomas, siguen siendo del Estado. No vale escudarse en que algunas comunidades autónomas tengan sus planes contra el sida porque son por voluntad de las mismas; en ningún caso es una obligación de las comunidades autónomas, puesto que es el Gobierno central quien mantiene la titularidad de la sanidad en nuestro país. Por lo tanto, el Plan Nacional debe ser un plan ejecutado con los Presupuestos Generales del Estado, en colaboración con aquellos planes complementarios que se puedan hacer en las comunidades autónomas y fundamentalmente en

la línea, como le he dicho, de informar y de hacer una buena prevención.

A nuestro juicio, insisto, simplemente del análisis de los datos, de cómo ha evolucionado el sida desde 1984 a 1992, se deduce claramente por dónde deberían ir en este momento las acciones destinadas al trabajo y a la prevención con los grupos de mayor riesgo. Usted mismo ha hecho referencia a datos que no merecen más comentarios, ha definido en sus términos el problema y la situación, también ha hablado de determinados éxitos a través de organizaciones no gubernamentales, en el grupo de homosexuales claramente, donde efectivamente ha habido una reducción del porcentaje de afectados. Quizás serían la pauta y los ejemplos a seguir con otros colectivos, con los que quizá no se han conseguido los mismos niveles de éxito o no se ha avanzado.

Siguiendo una afirmación que en esta Comisión hizo no hace mucho la Ministra de Asuntos Sociales sobre que hay determinadas cosas que no se transmiten de padres a hijos, sino que hay que hacer permanentemente un esfuerzo de información y de preparación, le diría, señor Secretario General, que el esfuerzo de información, de concienciación, de campaña permanente sobre la prevención sigue siendo necesario. Es evidente, por lo que se ha hecho, que no ha sido suficiente. Es decir, el Plan adolece, como le he dicho, no solamente de un presupuesto escaso, sino de una falta de constancia en los planes de prevención y de información entre colectivos de adolescentes, entre colectivos de riesgo como instituciones penitenciarias, drogodependientes, como antes le he mencionado, y en nuevos colectivos de riesgo como es el heterosexual.

Nada más, señor Secretario, de nuevo quiero agradecerle su presencia, aunque la petición de la comparecencia haya sido por otras razones. Esperamos disponer de ese informe de actualización de datos que tantas veces hemos pedido en este Parlamento para poder orientar correctamente las próximas actuaciones del Plan Nacional del Sida.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Simplemente, por cortesía parlamentaria, agradecer la comparecencia del Secretario General.

Mi grupo no tiene ningún interés en hacer oposición en este tema, sólo puede decir que está a disposición de la Administración, de ésta y de las autonómicas, para luchar contra esta plaga terrible que es el sida. Por ejemplo, para dotar al Plan Nacional del Sida de mayores recursos si fuera necesario, cuente con nuestro apoyo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro. (**Rumores.**) Perdona, señora Maestro.

Ruego a los presentes en la sala que guarden el má-

ximo silencio y, si tienen algo que comunicarse, lo hagan en un tono respetuoso con quien está hablando.

Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Secretario, yo también quiero hacer una intervención breve, para señalar que el Grupo de Izquierda Unida comparte lo que entiendo que es el fondo de las declaraciones del doctor Clavero antes de su dimisión. El doctor Clavero es una persona de sólida formación en salud pública, por lo tanto, conocedora de los criterios de priorización de los problemas de salud, que son variados según las escuelas, pero que en general coinciden en tener en cuenta la cantidad de personas afectadas por un determinado problema de salud, la gravedad de las consecuencias de dicho problema de salud, la vulnerabilidad de ese problema de salud frente a los medios que actualmente se conocen para prevenirlo y su coste. Evidentemente, siguiendo estos criterios normalmente aceptados, el problema del sida no debería ser en salud pública prioritario sobre otros.

Señalaba el doctor Clavero en aquellas declaraciones algo muy razonable, y es que así como al valorar la incidencia o la prevalencia de otros problemas de salud se utiliza comúnmente la tasa —la proporción de casos por mil habitantes—, en el sida sistemáticamente se habla de casos acumulados, término que jamás se usa con otro problema de salud y que da lugar a la existencia de cifras que a una persona no muy ducha en la materia evidentemente le pueden poner los pelos de punta.

Quiero decir que, en momentos de crisis económica, suele venir bien a los sectores más conservadores de la sociedad tener a mano alguna plaga con la que, de alguna manera, despertar temores ancestrales de la población ante los factores más o menos desconocidos a los que nos vemos sometidos y contra los cuales es muy difícil luchar. Sin embargo, los problemas de salud, que tienen gran divulgación en los medios de comunicación y gran valoración por parte de la población, suelen tener una cosa buena, y es que desencadenan la puesta en marcha de recursos sanitarios que, de otra manera, difícilmente se hubieran utilizado.

En este sentido quiero aprovechar la presencia del señor Secretario General para preguntarle en qué medida el sistema de información del Registro Nacional del Sida puesto en marcha se halla vinculado al urgente desarrollo y mejora del sistema general de información, de manera que al menos el registro de casos de sida pueda servir de punta de lanza de una urgencia en materia de salud pública al contar con un sistema de información de mayor calidad que el actual.

Me parece muy adecuado que el señor Secretario, al señalar los objetivos, haya vinculado las actuaciones de educación para la salud y de prevención del sida al modelo de atención primaria, pero hay que recordar que en nuestro país el modelo de atención primaria en centros en funcionamiento apenas cubre al cincuenta por ciento de la población y que, incluso, hay comunidades

autónomas que han manifestado su negativa a poner en marcha o a continuar el desarrollo de este nuevo modelo. Es decir, ¿qué pasa con aquellos lugares en los que persiste el anterior modelo ambulatorio, y en qué medida las actividades preventivas en torno al sida y a otros problemas de salud se pueden llevar a cabo?

También quería preguntar la opinión del señor Secretario General sobre otra cuestión. Uno de los problemas que se puso de manifiesto en relación con el sida fue el de los hemoderivados. Teniendo en cuenta que el sida ha surgido ahora, pero que nadie pondría la mano en el fuego sobre la imposibilidad de que otra enfermedad con el mismo mecanismo de transmisión surgiera en años venideros, yo quería saber la opinión del señor Secretario General acerca de la oportunidad de contar con empresas públicas, o al menos empresas que evitasen la importante importación de hemoderivados de los Estados Unidos, país que, como usted sabe, no tiene ningún tipo de legislación limitativa de la donación lucrativa de sangre ni de producción de hemoderivados, lo cual, evidentemente, es una continua fuente de riesgo, no sólo en este caso del sida, que es conocido, aunque siempre pueden ocurrir accidentes, sino en cualquier otro tipo de enfermedad vinculada con este mecanismo de transmisión.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Renau.

La señora **RENAU I MANEN**: Voy a ser muy breve, pero también quiero agradecer y felicitar al señor Secretario General por la exposición que ha hecho, que nos ha permitido recordar en parte un debate que ya tuvimos en el Pleno sobre ese tema, como él muy bien sabe, y, por otra, recordar también, una vez más, el debate que tuvimos en esta Comisión.

En primer lugar, quiero manifestar que, de acuerdo con su exposición, parece que el problema del sida está encauzándose, por lo menos, de una forma correcta en nuestro país, porque los tres grandes aspectos relacionados con esta problemática están encontrando vías no de solución, porque no se puede ir más allá de lo que la ciencia va adelantando en una problemática tan nueva, pero sí vías para que sean enfocadas de una forma relativamente satisfactoria, dentro de los límites que conlleva.

Los tres aspectos a los que me quiero referir —que preocupan a mi Grupo— son, por una parte, el curso de la propia enfermedad; por otra parte, el riesgo que existía de que una enfermedad de ese estilo creara o aumentara situaciones de discriminación social, con todo el daño que esto puede causar en una convivencia como la que tenemos, y, por otra parte, el tercer aspecto, que creo que se está resolviendo muy bien y que va ligado a la propia entidad de la enfermedad, es el de la necesaria colaboración de la población. Es ésta una enfermedad imposible de solucionar o de paliar a menos que se cuente con la voluntad individual y con la voluntad colectiva. Hay otras enfermedades que pueden ser solucionadas o enfocadas más desde el ámbito

de la Administración, pero en ésta se necesita que haya una clara conciencia de los riesgos que suponen determinadas prácticas. Respecto a esos tres aspectos, nos podemos dar por bastante satisfechos.

Es evidente, lo he dicho antes, que el curso de la enfermedad no tiene una solución satisfactoria, según parece, a corto plazo. La ciencia está trabajando en ello. Creo que en España estamos siguiendo las prácticas de otros países y con el mismo nivel de eficacia, pero hay que aceptar las limitaciones que tenemos.

En el segundo aspecto, el de evitar la discriminación, creo que sí ha habido una política muy acertada. Es ésta una enfermedad que se prestaba, como han dicho algunos de mis compañeros, a aumentar los sistemas de discriminación. Gracias a campañas de información muy detalladas (que a veces han sido duramente criticadas por determinados sectores sociales), que el Gobierno ha llevado a cabo con valentía, de una forma muy coordinada desde sus distintos ámbitos, creo que en estos momentos se puede decir que la población está informada, por lo menos, de las medidas necesarias a adoptar en las situaciones de riesgo. Por lo tanto, con esta información se pueden evitar los miedos que dan lugar a discriminaciones. Creo que cuanto mejor es la información más se evitan las discriminaciones porque más focalizado queda el problema, se conocen mejor las circunstancias y, en consecuencia, se puede actuar con más tranquilidad en todas aquellas situaciones en las que no existe riesgo.

Los Diputados del Grupo Popular insisten en que no ha existido un plan. Realmente parece que defienden la idea de que es más una yuxtaposición de acciones que un plan elaborado. Mi Grupo no comparte esta idea —lo hemos repetido dos o tres veces—. Nosotros creemos que un plan se define justamente por la coordinación, y parece que ha existido una coordinación importante con todas las administraciones que tienen competencias y con los sectores sociales implicados y que están dispuestos a trabajar en la línea de la prevención. Pienso que es una idea un poco limitada identificar la existencia o no de un plan a que haya un presupuesto finalista. Un plan es mucho más que un presupuesto.

Por otra parte, me han parecido extraordinariamente interesantes las nuevas ideas que ha expuesto, sobre todo una que quizá podría ampliar un poco más, porque nos interesa especialmente conocer cómo va a ser la información a los adolescentes. Es evidente que este es un sector de la población frágil en determinados aspectos, es un sector vulnerable. Es muy buena la idea de actuar específicamente sobre la adolescencia dentro de los programas de educación para la salud. Justamente por este interés, le pediría al señor Secretario General que, si puede, nos adelante un poco en qué va a consistir esta información específica.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar a los portavoces de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL PARA EL CONSUMO Y LA SALUD PÚBLICA** (Ortega Suárez): Voy a contestar por el orden de las intervenciones, agradeciendo, en primer lugar, al señor Robles su intervención.

Ya he dicho que, desde hace un año aproximadamente, existe una Secretaría General de Consumo y Salud Pública, de nueva creación, que es la que yo también ostento; existe una Dirección General de Salud Pública, que también es de nueva creación y en ella está inculcada la Secretaría para el Plan Nacional del Sida, que tiene una larga tradición en nuestro Ministerio, y una infraestructura suficiente. De manera que el Plan Nacional del Sida no sólo ha estado perfectamente cubierto, sino que, por primera vez desde hace unos meses, hay un programa definido como tal, ya que hasta entonces había diversas actuaciones, pero no un programa globalizador de esta naturaleza. Así pues, respecto a lo que ha manifestado en cuanto a que no existe actualmente un secretario para el sida, debo decir que es debido a la jubilación de un funcionario y a que hay que hacer una cuidadosa selección de este responsable.

En cuanto al tema de la información que ha señalado S. S., la OMS no alarma. Precisamente la OMS ha cambiado su actuación desde hace un cierto tiempo, puesto que ya tiene tradición, en el sentido de que había hipótesis muy alarmistas que han sido cambiadas, puesto que no parecían ciertas. Es decir, el informe que S. S. cita de Jonathan Mann es de un ex funcionario de la OMS y que, de una forma particular, con un grupo de investigadores, vuelve a una hipótesis abandonada hace un tiempo por la OMS, en el sentido de volver a los 110 millones de casos, en lugar de los 40 que estima la OMS. En ese sentido, creo que hacemos flaco favor a un problema importante y serio, como es el sida, tratando de crear alarma. Ya se ha señalado en esta Comisión que se utiliza sólo para esta enfermedad la acumulación de casos, no las tasas, como se hace en otras enfermedades. En cuanto a las declaraciones del funcionario, creo que deben ser entendidas en su contexto, en el sentido de que ya es una enfermedad con suficiente importancia como para que sea aumentada su relevancia en la población.

En ese sentido, Gerardo Clavero, el anterior Secretario General del Plan Nacional del Sida, siempre hacía mención a algo que es importante, y que yo también he señalado, y es que la tasa de duplicación de casos en España se hacía cada siete meses y actualmente los casos se duplican cada cuatro años. Ya he dicho que estamos en una situación preocupante, pero en absoluto desesperanzada, ni muchísimo menos. El señaló también en varias ocasiones que, por los cálculos epidemiológicos hechos, se estima que hacia el año 1995-96 empezará a descender la curva de casos de sida. Creo que en la exposición del debate se obvió un tema importante, y es que el sida tiene diez años de decalage, puesto que desde que una persona es infectada hasta que muestra la enfermedad pasan diez años. De manera que en 1992 estamos viendo los casos que se infec-

taron cuando empezamos a saber lo que era el sida, allá en los primeros años de la década de los ochenta.

Me sorprende también lo dicho sobre los datos. Se ha señalado aquí, y yo quería volver a repetirlo, que el programa del sida se ha debatido en un Pleno, donde se facilitó toda clase de datos. Ha habido también una reunión de la Comisión de Política Social y Empleo en otra ocasión y se han formulado varias preguntas por escrito. Desde luego, los datos son absolutamente públicos y conocidos, y creo que hasta por el público en general, porque están saliendo continuamente en los medios de comunicación los datos reales que constan en el Registro Nacional; datos que, por otra parte, no son ningún secreto.

Se ha asegurado que hay cien mil personas enfermas de sida. No es así. Lo que se calcula —y esto no se sabe con certeza en ningún país— es que actualmente debe haber entre setenta y cien mil portadores del virus del sida. Por tanto —lo he dicho en mi exposición, nada más empezar—, es previsible que el número de casos siga creciendo, puesto que hay entre setenta y cien mil personas infectadas por el virus y la tasa de aparición de la enfermedad se estima en un 50 por ciento.

En cuanto a la incidencia del sida en los colectivos afectados en nuestro país es cierto, primero, que entre los homosexuales está descendiendo; segundo, que el sida parenteral —es decir, por drogas intravenosas— no está creciendo, está estabilizado, y que crece el sida heterosexual, pero en unas tasas bajísimas —tenemos el 5,5 por ciento de sida heterosexual—. También hay que decir que crece porque, afortunadamente, decrece el porcentaje de las otras etiologías del sida.

El sida pediátrico es del dos por ciento. Compartimos un dudoso privilegio con Italia de tener el número más alto en Europa de niños afectados. Esto se debe a que ya saben ustedes que en los países mediterráneos el sida va ligado no a comportamientos homosexuales —que es el grupo más importante en el resto de los países desarrollados—, sino a la drogadicción intravenosa, y las madres drogadictas transmiten el virus a los hijos. Recientemente hemos mantenido una reunión con la Sociedad de Pediatría para hacer especial énfasis, dentro del programa del sida, en este grupo de niños portadores o enfermos de sida.

En cuanto a la utilización de medicación AZT, tengo que decir que en este momento la zidovudina es una droga que se ha demostrado eficaz en retrasar la enfermedad, en mejorar el estado inmunológico y en mejorar la sintomatología y la pérdida de peso de estos enfermos. Un estudio de hace un año demuestra que se estaba utilizando en más de 4.000 personas, es decir, aproximadamente los casos de enfermos de sida que había en ese momento. Es cierto que a pesar de eso no se llega a ese 20 por ciento de portadores del sida, pero es un problema que se da prácticamente en todas las enfermedades: no todas las úlceras gástricas son tratadas, etcétera. Lo cual no quiere decir que no sea intención del sistema sanitario tratar a aquellas personas

que son portadoras ya afectadas por el síndrome ligado al sida.

En absoluto hay, por parte de los profesionales, terror a la enfermedad —hay, a veces, desinformación—, sobre todo porque el número de casos de profesionales afectados en el mundo está en torno a los dos centenares. Desde que empezó la enfermedad en el mundo, el número de casos registrados de profesionales afectados es, aproximadamente, de dos centenares, y eso en países donde existe una incidencia altísima. En nuestro país sólo hay tres profesionales registrados. Con seguridad, sólo uno; los otros dos podrían haberlo adquirido de otra forma.

Por tanto, en resumen —y para concluir—, quería decir que el panorama en absoluto es desesperanzador o muy preocupante, sino que es un problema real y que la información, vuelvo a repetir, ha sido y sigue siendo exhaustiva, no hay por qué ocultarla; creo que he dado toda serie de datos, y se han dado en otras ocasiones tanto a esta Comisión como al público en general.

En cuanto al presupuesto, en efecto, los presupuestos son siempre insuficientes y lo que quiero decirle es que las comunidades autónomas tienen plenas competencias en salud pública; es decir, el Ministerio puede hacer un plan indicativo, orientador, pero siempre con el máximo respeto hacia los planes de las comunidades autónomas y no digamos en el aspecto de presupuestos finalistas. Hay una famosa sentencia muy reciente —esto se ha traducido inmediatamente en la elaboración de los presupuestos— que dice que de ninguna forma se pueden hacer imposiciones finalistas en los presupuestos para condicionar la política de las comunidades autónomas.

Simplemente terminar, en cuanto a esta respuesta, diciendo que me sorprende que no le satisfaga este programa del sida, puesto que la proposición no de ley de su Grupo coincide en gran medida con el propio programa, se diría que en muchas partes está muy influida por él.

En cuanto al señor Hinojosa, agradecerle muy brevemente el apoyo que ha manifestado a este programa y, cómo no, agradecerle su colaboración en el momento en que se tengan que discutir los presupuestos en el Parlamento.

En cuanto a la señora Maestro, simplemente decirle que estoy en gran parte de acuerdo con la exposición que ha hecho respecto a las manifestaciones del doctor Clavero, es correcto, pero no me parece que se pueda decir que el sida no es una enfermedad importante. Desgraciadamente es una enfermedad que tiene una tasa relativamente alta, pero, sobre todo, tiene la potencialidad de crecer de manera importante y fundamentalmente afecta a colectivos muy grandes. Es decir, si no es tan importante en tasas absolutas, sí que lo es en años de vida perdidos en gente muy joven, ya lo hemos señalado, en niños sobre todo, con lo cual creo que es más dolorosa, y va ligada a colectivos en muchos casos de una enorme marginalidad. Creo que abordando

esos colectivos abordaríamos otros grandes problemas sanitarios.

Respecto a si el Registro General del Sida puede mejorar, le diré que en efecto sí; creo que es una concatenación de hechos. Estamos haciendo esfuerzos. El sistema de información español se basa en un registro continuado y, por ello, se está revisando en este año la encuesta de morbilidad hospitalaria, etcétera; por supuesto, que esto ayuda, pero como ayudan otros aspectos que estamos también revisando. Por otra parte, hay acciones periódicas, que son las encuestas nacionales, y ya he señalado que vamos a hacer una encuesta de salud a finales de este año o comienzos del que viene.

Respecto a cómo llevar a cabo la prevención en aquellos lugares, en aquellas zonas donde no tengan centro de salud, hay que señalar que, es cierto, ahí estaría coja la actuación, puesto que es más difícil en el modelo tradicional de atención primaria poder hacer estas acciones de prevención respecto al sida y a otros temas.

Por último, respecto a los hemoderivados, a las empresas que hacen los derivados del plasma y a si se debe importar desde fuera, simplemente, contestando muy técnicamente, quiero decirle que el 6 de septiembre de 1985 se promulgó, creo, una resolución —fuimos uno de los primeros países del mundo que lo hizo— en la que se obligaba a las empresas fraccionadoras de plasma a analizar y constatar que no estuviera infectado el plasma, pero no sólo era para el plasma producido, sino también para las reservas de plasma que había y para todos aquellos productos que se importarán. Es decir, desde el 6 de septiembre de 1985, en nuestro país se lleva un control muy riguroso del plasma importado, independientemente de la valoración que se pueda hacer sobre que es un sector estratégico que tiene su importancia que estuviese más asentado en nuestro país.

En cuanto a la última intervención de la señora Renau, tengo que decir que estoy en líneas generales de acuerdo con lo que ha expuesto, aunque quería hacer alguna puntualización. En efecto, yo creo que una de las formas de que colabore la población, de que la enfermedad vaya cambiando su curso, etcétera, es dar muchísima información. Casi todas las cosas se combaten con más información, pero yo creo que ésta especialmente.

Ya digo que en los estudios que hemos hecho y que yo sólo todavía conozco en borrador, que van a ser presentados a la VIII Comisión que vamos a tener el mes que viene, se ha hecho una valoración de cuál era el estado de opinión respecto a la tolerancia en nuestro país, y es bastante mejor de lo que se cree. No hay más que fijarse en que hay un número de niños infectados y, por ejemplo, los casos que han salido han sido muy puntuales. Yo creo que aunque se apunten a veces determinadas intolerancias, nuestro país es en general tolerante y no discriminador, aunque haya focos de discriminación.

Respecto a que no hay forma de paliar, no es así. Yo quería puntualizarle que no sólo el AZT, la zidovudina, sino ahora el DDI y una estirpe de medicaciones, están viniendo a ser también demostrativas de que pueden retrasar el curso de la enfermedad claramente, mejoran la sintomatología, hacen ganar peso, mejoran la inmunología y además mejoran la viremia.

Quiere decirse que los enfermos hoy de sida tratados infectan muchísimo menos, con lo cual se está viendo en el mundo que no están apareciendo ya prácticamente casos en profesionales, porque es muy difícil infectarse, mucho más que lo era ya antes, que no era fácil.

Y para terminar, respecto a la campaña, muy brevemente le diré que la campaña dirigida al público juvenil que se está ultimando en el Ministerio va a tener uno o varios de los mensajes siguientes: Existencia de riesgo de transmisión heterosexual ligado a determinadas prácticas. Por ejemplo, retornando un poco a lo de antes, no es cierto que la transmisión heterosexual sea la plaga, ni muchísimo menos. Determinadas noticias escandalosas de un profesional de baloncesto, etcétera, hay que ponerlas en su justo punto, ya lo he dicho varias veces. Hace falta de media entre trescientos y quinientos coitos con persona infectada para ser infectado asimismo. No es fácil la transmisión heterosexual. En segundo lugar, la correcta utilización del preservativo, porque hay mucha desinformación entre la gente joven, debiendo resaltarse el sentido de responsabilidad como característica positiva del usuario. Y, por último, actitudes y comportamientos no discriminadores con respecto a infectados y enfermos en estos ámbitos de la juventud.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Secretario General. (El señor Robles Orozco pide la palabra.) Señor Robles...

El señor **ROBLES OROZCO**: ¿Sería abusar de su generosidad sólo un minuto?

El señor **PRESIDENTE**: Dese cuenta de que no es abusar de mi generosidad, sino del tiempo de todos los miembros de la Comisión. Va a generar alguna respuesta y alguna petición.

El señor **ROBLES OROZCO**: Es solamente una aclaración.

El señor **PRESIDENTE**: No le voy a conceder la palabra, señor Robles.

Agrademos al Secretario General su comparecencia.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (GRIÑAN MARTINEZ) PARA:

— **EXPLICAR LAS MEDIDAS A ADOPTAR POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) ANTE LAS IRREGULARIDADES PRODUCIDAS EN LA GESTION DEL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE. A SOLICITUD DEL GRUPO IU-IC (Número de expediente 213/000428)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos la sesión con la comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo, al que damos la bienvenida a la Comisión, solicitada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, para que explique las medidas a adoptar por el Instituto Nacional de la Salud ante las irregularidades producidas en la gestión del Hospital General de Albacete.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, señora Maestro, me pasa siempre, cuando me hace una petición de comparecencia como ésta —me la hizo también en otra ocasión—, sobre irregularidades o presuntas irregularidades, que, al no ceñirse exactamente a una cuestión concreta, me veo en un compromiso, porque no sé a qué irregularidades se refiere. Desde luego, si lo supiera, efectivamente, ya no existirían, si es que han existido en algún momento. Eso en primer término.

En segundo lugar, tratándose de Albacete, pues algo sí me preocupa; por razones de linaje, de origen familiar y de vinculación con la provincia, he procurado hacer un seguimiento de las cosas que han podido suceder en Albacete con relación al Hospital General, y lo que sí puedo hacer es decirle aquello que yo pienso del Hospital de Albacete, de su situación actual. Luego, S. S. puede hacer un diálogo conmigo de lo que le gusta, de lo que le disgusta y, sobre esas bases, podremos tener algunos puntos de coincidencia y otros de desencuentro.

En todo caso, le puedo decir que el Hospital General de Albacete ha pasado, no hace mucho, a tener especialidades de tercer nivel y ello le ha llevado a asumir, en una primera etapa, unas patologías menos complejas para dar el salto cualitativo a esta asunción de todas las competencias y de todas las especialidades de tercer nivel.

Albacete es una provincia que tiene cerca de 340.000 habitantes, que tiene una peculiaridad en cuanto a riesgos debido a su ubicación geográfica, por causa de accidentes de tráfico fundamentalmente. El hospital es un hospital muy bien implantado, de alto nivel, con 577 camas y, por lo tanto, hemos pretendido que en él se pueda consolidar lo que es una atención especializada, como le decía antes, de tercer nivel. Ello ha hecho aconsejable dotar al hospital de las especialidades de neurocirugía, de cirugía vascular y de cirugía pediátrica. En abril de 1990 se incorporó al hospital la cirugía pe-

diátrica y la cirugía vascular y, a partir de este año, la neurocirugía. La creación de estas especialidades fue programada, fue también hecha de forma participativa, en un diseño funcional. En 1989 se incluyeron en el plan estratégico del hospital y en ese plan participó una representación de todos los profesionales. A este respecto, en la mesa de trabajo del área quirúrgica se recogió que los servicios de cirugía deberían ser potenciados, fundamentalmente en los equipos de cirugía vascular, y asimismo se recogió la urgente necesidad de creación de cirugía torácica, neurocirugía y cirugía pediátrica.

Para asumir estas especialidades, el hospital ha sido convenientemente dotado, tanto de medios humanos como materiales. En 1991 se incorporaron a la plantilla de anestelistas dos facultativos, con lo que se pasó a contar con dieciséis. En enero de 1992 se han incorporado tres nuevos anestelistas uno de ellos ha causado baja, con lo que el número total de anestelistas es de dieciocho, que es precisamente una cifra que coincide con la plantilla orgánica vigente, aprobada en 1990, para el diseño funcional al que antes hacía referencia. Si se analiza, además, la actividad del hospital, yo creo que se podrá concluir que no se ha producido en ningún caso una sobrecarga asistencial, ni en 1991 ni en lo que va de año, porque la plantilla precisamente se ha aumentado. Es cierto, incluso, que se ha producido un lógico descenso de rendimiento, teniendo en cuenta la saturación que existía anteriormente, y el número de intervenciones quirúrgicas programadas ha pasado de 4.614 a 5.046, con siete quirófanos en el año 1990 y nueve en el año 91. Eso también ha llevado a que las intervenciones por quirófano hayan pasado de 659 a 560, cosa obvia.

Es de señalar también que antes de la entrada en funcionamiento de estas nuevas especialidades se ha formado adecuadamente a los facultativos de anestesia a fin de actualizarles en las técnicas concretas. Durante 1990 y 1991 varios facultativos de este servicio realizaron estancias en otros hospitales, hospitales españoles pero también de fuera, becados por el FIS y por el propio Hospital General de Albacete.

Yo creo que, en conclusión, la creación de nuevas especialidades, paralela al incremento de recursos, ha mejorado notablemente la calidad asistencial del hospital. La calidad en la asistencia prestada a los pacientes de estas nuevas especialidades viene además avalada por el propio nivel formativo de los especialistas incorporados: cuatro cirujanos vasculares, dos neurocirujanos y dos cirujanos pediátricos; en total, ocho especialistas que en 1991 han realizado 519 intervenciones, de ellas 136 en niños, ninguna de las cuales incluía patología quirúrgica de gran riesgo.

Este hecho creo que representa el cumplimiento de los objetivos del Insalud respecto a este hospital y creo que además cubre una demanda sentida por la población y una demanda ilusionada diría yo también, señoría, por contar en Albacete con un hospital de este porte, de estas características, que, lógicamente, en su

fase inicial, como cualquier hospital que se transforma y asume mayores cometidos, puede tener unas ciertas dificultades, pero que poco a poco está cubriendo los objetivos hasta consolidarse en aquello para lo que fue previsto.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Ministro, por su comparecencia en la Comisión para tratar este tema.

Como supondrá, no coincidimos en la valoración acerca del funcionamiento del Hospital de Albacete. Me sorprende mucho que no tenga noticias de las dificultades manifiestas por las que atraviesa, ya que, además de haber sido objeto de tratamiento profuso en los medios de comunicación locales, no sé si usted o el señor García Valverde en sus últimos días al frente del Ministerio han debido recibir una carta detallada de los facultativos del hospital explicando las dificultades por las que atraviesa.

El motivo de que Izquierda Unida traiga el asunto del Hospital de Albacete es porque creemos cumplir con nuestra responsabilidad de que la Cámara conozca el funcionamiento de una institución pública cuyas irregularidades pueden acarrear inseguridades y disminución en la calidad asistencial evitables, por cuanto en mi opinión son producto de una gerencia de determinadas características y de una irresponsabilidad en la misma; por otro lado, trayendo a colación este caso pretendemos llamar la atención sobre lo que pueden suponer, sobre las consecuencias que pueden acarrear en la gerencia de hospitales públicos determinadas líneas de funcionamiento impulsadas por los responsables del Ministerio de Sanidad a las que se pueden añadir —sobre lo que otras veces he insistido y desgraciadamente no parece que tenga razones para dejar de hacerlo— las dificultades económicas de la sanidad pública.

En cuanto a las irresponsabilidades o irregularidades en la gerencia yo quería llamar la atención de SS. SS. y del señor Ministro, por si no lo conoce, sobre que un hospital de la envergadura del Hospital de Albacete, como el señor Ministro ha señalado, tiene una dirección prácticamente unipersonal. El director médico, señor Marrón, es gerente en funciones. El director de gestión, como ocurrió con otros predecesores, dimitió por incompatibilidades con la dirección médica, gerencia en funciones. De dos subdirectores de gestión uno ha dimitido por las mismas razones, y numerosos jefes de área han dimitido asimismo. Hay una situación de conflictividad permanente de los trabajadores sanitarios y no sanitarios del hospital con esta dirección unipersonal, que se ha trasladado a los medios de comunicación ante la impotencia manifiesta de encontrar cauces para un diálogo fluido sobre sus

tades que se están planteando en el mantenimiento del nivel asistencial del hospital.

Yo quería hacer referencia a la situación general del Hospital de Albacete. Cuando en todo el país se ha incrementado la cobertura sanitaria a siete millones de personas desde 1982, cuando ha disminuido en pesetas reales el gasto sanitario público por habitante, se produce una sobrecarga de las instalaciones existentes que se traduce en dificultades para el mantenimiento de la calidad y se plantean equilibrios imposibles por parte de la gerencia de los hospitales; es verdad que no en todos, en algunos, quizás en aquellos en que los gerentes tienen una cultura empresarial más agresiva.

Por ejemplo, en el Hospital de Albacete, cuando hay dificultades graves (este es uno de los temas concretos que quiero que me aclare el señor Ministro) para mantener las sustituciones durante los meses de verano, que pueden llevar al cierre de más de 100 camas en el Hospital General por falta de personal de enfermería, porque no hay dinero para sustituciones, se plantea, para la mejora de la imagen del hospital, llevar a cabo un llamado plan de confort. Este plan pretendía una mejora, que yo no discuto, como es la de llevar el teléfono inalámbrico a las camas de los enfermos, y para ello se pretendió amortizar 19 plazas de pinches de cocina. Esto fue denegado por la dirección del Insalud; sin embargo, estos pinches-azafatas dejan de trabajar en la cocina recibiendo un plus de 9.000 pesetas al mes por parte de la gerencia, evidentemente con una sobrecarga de trabajo en la cocina, pero eso no se ve en un hospital.

Llamo la atención a S. S. y al Ministro de Sanidad porque los que conocemos un poco la sanidad pública sabemos que la competencia de la sanidad privada se realiza, como he dicho en otras ocasiones, a partir del mantenimiento del escaparate, es decir, de aquello que hace que un hospital se parezca a un hotel, pero lo realmente importante, que es el funcionamiento de los servicios centrales, de la dotación tecnológica del hospital, eso se ve poco, en una población desinformada eso puede influir poco de cara al balance general de satisfacción de la población. Sin embargo, creo que haríamos un flaco servicio a la sanidad pública si en detrimento del funcionamiento de los servicios básicos de un hospital empiezan a funcionar los hospitales públicos como los privados, priorizando la fachada sobre los aspectos más esenciales de su funcionamiento.

Como el señor Ministro ha señalado se plantea, y quisiera concretar este aspecto, el objetivo, y como tal objetivo estratégico yo no lo discuto, que Albacete sea un hospital de tercer nivel y hospital de referencia para toda Castilla-La Mancha. Yo no discuto, insisto, y me parecería bien que Albacete o cualquier otra provincia castellanomanchega, tuviera un hospital al máximo nivel. Lo que yo discuto aquí es la existencia de circulares internas limitando progresivamente el traslado de enfermos de patologías que exigen atención especializada de alto nivel, para ser atendidos en el Hospital de

Albacete, sin que se hubieran producido los incrementos correspondientes de la dotación, no ya de especialistas, sino de todo lo que conlleva la aparición de una nueva cama o un nuevo servicio: de personal de enfermería, de personal no sanitario, indispensable para que la calidad del servicio se mantenga.

La existencia de un hospital de tercer nivel y, por tanto, la suspensión de traslados de enfermos a este tipo de hospitales ubicados en otros lugares exige, creo yo, la correspondiente acreditación por parte del Ministerio de Sanidad, que no se ha producido todavía. Otra cosa es que aparezca en planes estratégicos; otra cosa es que a todos nos parezca deseable, pero eso no se ha producido todavía. Sin embargo, se hacen llegar circulares a centros sanitarios regionales y a los medios de comunicación sobre la existencia de este hospital de tercer nivel.

En las previsiones del año 1991 aparece planificado, como objetivo previsto por la dirección del hospital, el colapso de la atención sanitaria: el colapso en servicios centrales, en quirófanos y en hospitalización, tema que me parece de una irresponsabilidad grave. Se plantea el incremento de especialidades quirúrgicas que, como usted bien sabe, aumentan la demanda de servicios para pacientes críticos. Existen informes de la propia junta técnico-asistencial del hospital, en los cuales se habla de que, puestas en marcha estas especialidades y los servicios correspondientes, debería incrementarse el número de camas de pacientes críticos con la dotación de material y de personal correspondiente entre 15 y 25 camas, cuando en la actualidad hay exclusivamente 8 camas.

Tengo un gráfico, que espero que pueda valorarse a distancia, **(La señora Diputada muestra el documento a la Comisión.)** del índice de ocupación de las camas de unidad de medicina intensiva. El señor Ministro sabe que las recomendaciones hablan de unos índices de ocupación en este tipo de camas —evidentemente por el tipo de pacientes que supone y por la urgencia imprevista que, como usted bien ha dicho, se puede plantear— del 60 por ciento. A lo largo de los 365 días del año, cuando hay menor ocupación, hay casi un 70 por ciento de ocupación; habiendo 85 días al año en que esta ocupación es del 85 por ciento; 92 días en los que es del 92 por ciento; y 100 días al año en que supera el 100 por cien. Es decir, hay tres meses al año en los que hay camas instaladas en los pasillos, en los que... **(El señor Ministro de Sanidad y Consumo, Griñán Martínez: ¿De qué año es el gráfico?)** Del año 1991.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, su tiempo se está acabando.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Voy terminando.

Esta situación ha generado dificultades por parte del personal, que ha dirigido cartas al señor Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, que a su vez han sido remitidas al Defensor del Pueblo, cartas al Gobernador Civil y al señor Ministro. No quie-

ro dejar de mencionar que todo este tipo de situaciones está teniendo una repercusión grave, a juicio de los trabajadores, en el mantenimiento de las mínimas relaciones de convivencia dentro del centro.

Usted sabe que han sido convocados paros recientemente; que hay una conflictividad permanente que aparece en los medios de comunicación, que se ha producido en los siguientes casos: se ha producido suspensión arbitraria de los permisos sin sueldo y por asuntos propios del personal de enfermería; han sido denunciados unilateralmente por la dirección los acuerdos internos existentes con la junta de personal relativos a contrataciones, promoción y traslados internos; no se están produciendo sustituciones por incapacidad laboral transitoria, lo que está llevando a doblar jornadas; se está produciendo una ampliación de...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestra, vaya acabando, por favor. Hay un acuerdo de Portavoces de respetar al máximo los diez minutos del turno. Haga el favor de ser consecuente con ese acuerdo de su Portavoz.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Termino en dos segundos.

Se están produciendo continuas amenazas de expedientes, cambios indiscriminados de turno, descalificaciones de los trabajadores y de los órganos de representación.

A mí me parece que son temas suficientemente graves. Insisto, Izquierda Unida no cuestiona el tercer nivel para el Hospital de Albacete; si la manera «perversa» en que está actuando la gerencia para provocar a posteriori una acreditación, poniendo en riesgo, insisto, la seguridad y la calidad de la atención.

Por todas estas razones, en opinión de Izquierda Unida debiera producirse el cese inmediato del actual gerente en funciones, así como la dotación de las plazas correspondientes de los órganos de dirección del hospital y, a nivel presupuestario, la adopción de las medidas oportunas para garantizar que la demanda asistencial, generada a través de la oferta de hospital de tercer nivel, pueda realizarse en las adecuadas condiciones en el hospital de Albacete, sin poner en riesgo prestaciones anteriores, en las que el tiempo no me permite extenderme, que han dejado de prestarse, hechos que han llevado a que los juzgados de la provincia de Albacete tengan numerosas causas en relación con mala práctica asistencial que, por los datos expuestos, no parecen referirse tanto a negligencia de los profesionales, sino a una situación de prestación de la asistencia sanitaria que no parece realizarse en las mínimas condiciones adecuadas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Ramírez.

El señor **RAMIREZ GONZALEZ**: Yo creía que el señor Ministro iba a aportar algún dato más que no se

contuviera en la respuesta a una pregunta mía por escrito, del mes de diciembre, contestada por el Ministerio en el mes de abril. El señor Ministro se ha limitado a leer aquella contestación y ha ignorado la realidad existente en el hospital desde mayo, en cuanto que la junta de personal convoca doce paros que parece ser que para el señor Ministro no tienen importancia.

Tengo que advertir que sobre esta situación conflictiva del hospital el señor Ministro tendrá que comparecer en el Senado para contestar al Senador del Grupo Popular, señor Acacio, a cuestiones planteadas en su tiempo, pero hoy, aprovechando la acción del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, quisiera, en nombre de mi Grupo, centrar las cuestiones sobre las dos vertientes que se han expuesto.

Cuando el Ministro de Sanidad en nombre del Gobierno contestó a mi denuncia sobre las garantías asistenciales a pacientes críticos, que el señor Ministro ha vuelto a reiterar al leer aquel escrito de contestación, nosotros aceptamos aquella contestación como buena; es decir, será responsabilidad del Ministerio de Sanidad si pasa algo de lo que se denunció por parte de los especialistas. Nosotros tenemos una contestación, se la remitimos a los especialistas y aquí esperaremos que gracias a Dios no pase nada, porque si pasa, el responsable será el señor Ministro, que avala y hoy reitera aquella contestación respecto a las garantías que reciben los pacientes críticos en el hospital de Albacete. Nada debemos decir cuando el Ministerio lo ratifica por escrito.

Después de aquella situación, señor Ministro, han surgido elementos nuevos. La junta de personal declara y convoca doce paros, que, por lo visto, para usted no tienen la menor incidencia. No hace referencia a ellos en su informe. Hay paros convocados desde el 25 de mayo que determinarán el 26 de junio los dos últimos completos de siete horas de paro y el señor Ministro entiende que es una situación de normalidad en el hospital, porque no hace referencia a ello.

El señor Ministro tampoco entiende, y se ha dicho antes, la importancia de que la dirección de gestión haya dimitido, de que no haya un director gerente (porque el que hay está en funciones), de que de las dos subdirecciones de gestión, una ya haya dimitido, y de que no exista —rectifico al portavoz de Izquierda Unida— ninguna jefatura de área, han dimitido todas, no queda ninguna, todos han dimitido, ¿y quién tiene la razón en la situación laboral del hospital? ¿El señor Marrón, el gerente en funciones? ¿Todos están equivocados, señor Ministro de Sanidad: la asamblea que convoca los paros, la junta de personal? ¿Y las dimisiones que se han producido? ¿Y la soledad en la que se encuentra el director en funciones? Todos los demás están equivocados, porque usted, en el informe que nos ha leído en su primera intervención, se ha remitido —porque creía que le estaban preguntando sobre el grado de asistencia a los pacientes críticos— a la contestación del 3 de abril, que tengo aquí, y ha ignorado el grado de conflictividad, las renunciaciones, las ausencias y la falta en este

momento de órganos de gobierno, de órganos de participación en el Hospital de Albacete. A usted le ha parecido bien, por lo que nos ha dicho, ya que ha ignorado esta situación.

Señor Ministro, el que se haya utilizado el pretexto de que se van a pintar unas habitaciones para anular 119 camas en el verano, porque detrás de ello está la incapacidad del Ministerio de contratar personal para hacer las sustituciones correspondientes a los permisos veraniegos, nos parece, cuando menos, una falta de sensibilidad. Ustedes dicen en el escrito de abril que una de las razones que han ayudado para que Albacete pase al tercer nivel es la situación de accidentes de tráfico, debido a la circunstancia geográfica de cruce de carreteras en la que se encuentra la provincia. En el verano ustedes van a cerrar 119 camas bajo pretexto de hacer unas reparaciones y debido a unas pinturas, según ha aparecido en los medios de comunicación.

Para terminar, señor Presidente, porque entiendo que el señor Ministro tendrá que dar cuenta también de esta situación en el Senado, solamente pedimos una cosa, señor Ministro, que elaboren un informe sobre la situación del hospital de Albacete. No puede mantenerse un gerente en funciones contra toda la plantilla. Algo está sucediendo. No puede estar la plantilla totalmente equivocada y el único que tiene la razón es el señor Marrón, que ha roto relaciones con todas las instituciones de participación. Creo que esa situación debería provocar por parte de ustedes una inspección y un control de lo que está sucediendo en las relaciones laborales. Doce huelgas en un hospital no constituyen un elemento de normalidad. Usted tiene el calendario y debería conocerlo.

Por tanto, señor Ministro, creemos que en ese hospital no están funcionando las cosas con normalidad, creemos que se está deteriorando la asistencia sanitaria a los ciudadanos de Albacete y a los de toda España porque, como bien dicen en su escrito, por Albacete pasa gran parte del tráfico veraniego, y entendemos que usted tiene que reaccionar en mayor medida de lo que ha demostrado en su primera intervención.

La señora **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Voy a intervenir muy brevemente, más por cortesía parlamentaria que por el contenido a que pueda dar lugar esta comparecencia. La verdad es que del motivo de la comparecencia poco podemos decir, como no sea agradecer al señor Ministro su presencia, su explicación, la descripción que nos ha hecho de la evolución del hospital, de su servicio, su plantilla, etcétera, en definitiva, del cumplimiento de sus objetivos.

Como muy bien ha dicho el señor Ministro, no es la primera vez que la portavoz del Grupo solicitante pide, a su vez, la comparecencia del señor Ministro para dar respuesta a ecos más o menos difundidos de servicios concretos. Ciertamente, nos tiene bien acostumbrados

la señora portavoz de Izquierda Unida a traer a esta Comisión supuestas irregularidades, a su entender, que no son sino cuestiones de la gestión diaria, circunscritas a la vida cotidiana de cada servicio de cada hospital, referidas en ocasiones a teléfonos, en ocasiones a la lavandería, en ocasiones a turnos de servicios. Consideramos que tiene todo el derecho a plantear en esta Comisión los temas que le parezcan más importantes, pero, a nuestro juicio, más que irregularidades, lo que pensamos que plantea es una organización con la que no está de acuerdo. Además, señor Presidente, en esta ocasión, nos consta que existe una respuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, como muy bien ha dicho otro portavoz, a propósito de la situación del hospital de Albacete.

Por tanto, más que del contenido, quisiera brevemente, si me lo permite, señor Presidente, aprovechar esta comparecencia, aun a riesgo de resultar reiterativa, para manifestar en nombre de mi Grupo que, a pesar de los esfuerzos de la Mesa por ordenar y calificar las iniciativas de los grupos, lamentamos una vez más lo que consideramos una infrutilización del trámite de comparecencias para resolver cuestiones concretas, para las que existe no ya un trámite más ágil sino, a nuestro juicio, más idóneo. Pensamos que, con la utilización en exceso del trámite de comparecencia del señor Ministro para este tipo de cuestiones, corremos el riesgo de desvirtuar la propia naturaleza de las comparecencias, que permitan profundizar en un debate político general, plantear los puntos de vista de los distintos grupos y, en definitiva, enriquecer los debates de esta Comisión. Digo esto con todo respeto a la libertad que cada grupo pueda tener para presentar las iniciativas que considere más oportunas. Por tanto, no quisiera que se viera en ello ningún intento de coartar el legítimo derecho de ningún parlamentario, sino que lo hago por intentar contribuir a enriquecer y a elevar el propio contenido de esta Comisión. Me consta que éste es el objetivo, por supuesto, en el que estamos de acuerdo todos los grupos, por lo que quisiera solicitar de todos un mayor esfuerzo para reconducir las iniciativas hacia el trámite más idóneo o hacia los cargos más idóneos, al tiempo que también quisiera hacer una llamada al rigor parlamentario para no convertir a esta Cámara en caja de resonancia de determinados intereses o protagonismos que, a nuestro juicio, poco tienen que ver con los verdaderos problemas de la sanidad de este país. (La señora Maestro Martín pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, en todo caso, después de la respuesta del señor Ministro, le daré un breve turno de réplica.

Tiene la palabra el señor Ministro, también brevemente en lo que pueda.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Seré todo lo breve que sea necesario, señor Presidente.

De todo lo que ha dicho la señora Maestro hay algo

que sí me preocupa y es esta especie de comparación entre la sanidad pública y la privada, porque a mí me da la impresión de que, en algunos casos, defensores de la sanidad pública con argumentos como los que usted maneja más vale no tenerlos. Digo esto porque es verdad que en la comparación sanidad pública-sanidad privada ganamos de lejos, no en índice de ocupación, sí en índice de facultativos por cama, de enfermería por cama, de personal por cama, de docencia, de investigación, de tecnología, de lo que quiera; también en Albacete.

En relación a Albacete, decir que lo que se ha priorizado es la hostelería sobre la actividad es no conocer, en absoluto, lo que se trata de hacer con el hospital de Albacete; aumentar la plantilla de catorce a dieciocho anestesistas debe ser aumentar la hostelería; aumentar los quirófanos de siete a nueve debe ser aumentar la hostelería; aumentar todo el plantel de cirujanos —cuatro vasculares, dos neurocirujanos y dos cirujanos pediátricos— debe ser aumentar la hostelería. Por tanto, no me mezcle los temas porque no es así la cosa.

Nosotros queremos hacer del hospital de Albacete un gran hospital y va a serlo a pesar de lo que diga su señoría, que está creando conflictos artificiales en una provincia donde no los había hasta que llegó S. S. allí, hizo una rueda de prensa y motivó una división y una desunión en la plantilla del personal que a este Ministro no le gusta. Por ejemplo, cuando leo en la prensa que la mitad de los médicos del Hospital General rechazan que la situación sea caótica y desesperada o que los médicos del hospital niegan situaciones caóticas en el centro, a mí no me gusta que esto se publique.

A mí no me gusta que los médicos critiquen su visita, ni que digan que lo que usted dice es mentira. Tampoco me gusta que algún representante de partidos políticos diga que se ha hecho demagogia allí, y no precisamente del Grupo Socialista. Yo no voy a entrar en debates artificiales que se establecen sencillamente por una intervención que luego es contestada en un medio o en otro por determinados colectivos o personas. Yo vengo aquí y contesto a S. S. a las cuestiones concretas que usted me pregunta. En la segunda intervención ya son concretas, pero cuando yo he venido aquí no había nada concreto y, por tanto, no podía contestar más de lo que he contestado, y bastante ha sido teniendo en cuenta el tenor de la solicitud de comparecencia.

En cuanto a la estructura de dirección, le tengo que decir que el gerente está nombrado y que no es provisional. El señor Marrón es gerente de ese hospital y trabaja como tal gerente. Por supuesto que la dirección médica está vacante porque él era el director-médico. El puesto de director de gestión está vacante no porque haya dimitido, como se ha dicho aquí, sino porque le han hecho una oferta en la empresa privada y se ha ido a ella, ya que le están pagando más de lo que a lo mejor le puede pagar la sanidad pública; eso es así. Peo las demás estructuras de dirección están cubiertas absolutamente.

Dice también que hay cartas al fiscal, pero no dice

cómo terminan. No se ha incoado ningún procedimiento judicial. Por tanto, yo creo que es bueno decir lo que pasa hasta sus últimas consecuencias. Tampoco es bueno decir medias verdades. Al decir que se ha presentado tal denuncia o que la junta de personal ha convocado paros, diga también señor Ramírez cuántas personas han seguido esos paros. No sólo hay que decir que se convocan paros, sino cuál es el seguimiento de los paros que se han convocado en el hospital de Albacete.

No voy a decir mucho más. A mí me parece que entrar en esta polémica lo que está haciendo es perjudicar al hospital de Albacete y a Albacete como provincia. No voy a entrar más en esta polémica y no voy a dar ninguna baza para ello. El hospital está bien dirigido, está bien ampliado, y va a dar unas prestaciones mejores de las que estaba dando. Es un hospital cuyos rendimientos han subido y va a consolidar una atención especializada en Albacete como no la ha tenido en su historia. Por tanto, no voy a entrar en más argumentaciones porque me parece que es enredar y no hacer ningún bien a la sanidad y mucho menos a la sanidad pública.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestro, exclusivamente para responder a la portavoz del Grupo Socialista y muy brevemente.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Evidentemente va a ser así, señor Presidente.

El asunto es que la manera de defender la sanidad pública que tiene Izquierda Unida no es poner escapates tras los cuales se oculten o se enmascaren sus dificultades. Quiero señalar que en Albacete, si mis datos no me engañan...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, la respuesta a la portavoz del Grupo Socialista no creo que vaya por ese camino. Está respondiendo al señor Ministro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, la señora Diputada se ha extendido...

El señor **PRESIDENTE**: Que yo haya entendido, la intención de la portavoz del Grupo Socialista ha sido valorar, desde el punto de vista de su Grupo, la utilización de las comparecencias como mecanismo parlamentario en la Comisión, no circunscribirse a la situación del hospital de Albacete. Por tanto, si la réplica la quiere establecer sobre ese punto, le concedo la palabra; sobre lo otro, no, porque se ha acabado el trámite de la comparecencia.

Tiene la palabra, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, quiero decir que cada grupo valora de una manera su trabajo parlamentario. Yo creo cumplir con mi obligación parlamentaria trayendo aquí dificultades objetivas demostradas y que, desde luego, no he producido

yo, que se han producido con anterioridad. La carta al señor Fiscal General del Estado es de finales del año 1991...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, vuelve a desviarse del tema. La retiro la palabra.

— **INFORMAR SOBRE LAS MEDIDAS A ADOPTAR PARA RESOLVER LAS INSUFICIENCIAS DE RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA QUE PRESENTA EL ÁREA IV DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA, A SOLICITUD DEL GRUPO IU-IC (Número de expediente 213/000432)**

El señor **PRESIDENTE**: Comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo para informar sobre las medidas a adoptar para resolver las insuficiencias de recursos en atención primaria y especializada que presenta el área IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): De acuerdo con la planificación de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el área IV —para ceñir geográficamente los términos de la información que les suministro— comprende zonas de salud de Torrelavega-ciudad, que se distribuye, a su vez, entre Torrelavega norte, centro y sur, y la zona rural, que se distribuye entre Besaya, Polanco, Suances, Altamira, Saja, San Vicente, Nansa y Liébana. A efectos de gestión y presupuestos, el área especial de salud III, de Reinosa, está también adscrita a este área IV. En conjunto, las dos áreas tienen una población de 164.000 habitantes, aproximadamente, de los que 61.000 corresponden a la ciudad de Torrelavega.

La cobertura del nuevo modelo de atención primaria es, en estos momentos, aproximadamente del 35 por ciento de la población, y se realiza a través de los centros de salud que existen actualmente. En Torrelavega-ciudad, que incluye las zonas básicas de Dobra, Zapatón y Covadonga, cuenta con los recursos de los que les informo. Respecto al centro de salud de Dobra, actualmente en construcción, está prevista la finalización de las obras en el ejercicio presente, es decir, en 1992. El de Zapatón se encuentra ya construido. Sus locales están siendo utilizados para asistencia sanitaria especializada y pediatría, y las consultas de atención primaria se prestan actualmente en unos locales que ha cedido el Ayuntamiento de Torrelavega, habilitados por el Insalud. Esta situación está motivada por la paralización de las obras del ambulatorio de Torrelavega porque la empresa quebró y hay que hacer los trámites para la nueva adjudicación, con el informe correspondiente del Consejo de Estado. En cuanto al centro de salud de Covadonga, está prevista su construcción en el ejercicio de 1993, en terrenos que serán cedidos por el Ayuntamiento de Torrelavega, cuya adquisición se ha

materializado precisamente este mismo mes. Con estas actuaciones estará completo el mapa de recursos sanitarios de Torrelavega, en lo que hace a la ciudad.

En este área existen, además, cuatro puntos de atención continuada, que dan cobertura a las situaciones de urgencia sanitaria. Para el ejercicio de 1993 está previsto que entren en funcionamiento otros dos puntos de atención continuada. En la zona rural están en funcionamiento los centros de salud de Besaya, Polanco, Suances, Saja y San Vicente. El equipo del centro de salud de la zona básica de Reocín, en Altamira, desarrolla su actividad en un consultorio provisional y está prevista la construcción del centro para 1994. Por último, se están realizando gestiones para disponer de terreno donde construir los centros de salud de las zonas básicas de Nansa y Liébana.

La atención especializada en régimen ambulatorio se lleva a cabo en las instalaciones del centro de salud del Zapatón y en las consultas del hospital de Cruz Roja de Torrelavega. Se prestan especialidades médicas de cirugía, traumatología, ginecología, piel, oftalmología, otorrinolaringología, urología, neumología, cardiología, neurología, medicina interna, radiología y análisis clínicos. Las obras de construcción del nuevo ambulatorio de Torrelavega, como le dije antes, fueron paralizadas cuando quedaban cinco meses para su finalización por quiebra de la empresa constructora. Esta circunstancia ha motivado que se iniciara el correspondiente expediente para la rescisión del contrato y la adjudicación a nueva empresa. En el interin, ya se lo había indicado, estas consultas se han ubicado en el centro de Zapatón.

El área IV dispone, por otra parte, de recursos de atención especializada, como dos unidades de salud mental, cinco unidades de psicoprofilaxis obstétricas, de las cuales cuatro prestan servicio al área IV y una al área III; dos unidades de fisioterapia, una en Torrelavega, que presta servicios provisionalmente en el local cedido por el Ayuntamiento, y otra en la zona de Cabezón de la Sal. En 1993 se prevé la entrada en funcionamiento de otra unidad en Buelna. Se encuentra en avanzado estado de construcción, como sabe S. S., el hospital de Sierrallana, con una proyección de 360 camas en el diseño funcional de dicho hospital. El proyecto sabe que nació con una cobertura para 200 camas y ha sido ampliada hasta las 360, que es con el que se va a finalizar la obra. Esta unidad de hospitalización tiene la siguiente distribución: medicina, cirugía y especialidades 259 camas, obstetricia y ginecología 34, pediatría 27, hospital de día 10, cuidados intensivos seis, recuperación nueve y urgencias 15 camas. Está prevista su finalización a finales de 1993 o principios de 1994. Para completar su entrada, lo que se va a hacer es que el plan de montaje se va a desarrollar a lo largo de 1992 y 1993, de forma que se puedan acelerar los trámites, una vez que la obra está adjudicada y terminada, a fin de que se pueda producir el inmediato funcionamiento. Las consultas externas se prestarán en el ambulatorio de Torrelavega.

Debo decir que algunas de las dificultades, que es cierto que han surgido en este área, impiden que el desarrollo básico de todo el nivel de atención primaria en zona reconvertida logre un funcionamiento que podríamos calificar como integral y viene derivado básicamente de la limitada integración de los sanitarios de asistencia pública domiciliaria en el nuevo modelo de atención primaria, aspecto que está siendo tratado con la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el seno de la Comisión de coordinación para la propia asistencia sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieren intervenir? (**Pausa.**) Por el Grupo de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Ministro, por su comparecencia.

Entiendo que las dificultades por las que atraviesa la sanidad en la región autónoma de Cantabria es motivo más que suficiente para que informe de las previsiones y, en lo posible, adopte compromisos concretos complejos, porque a la hora de dotar de instalaciones sanitarias a una comunidad autónoma es preciso encontrar puntos de acuerdo entre diferentes administraciones, algo que no siempre es fácil. Sin embargo, como sabe —si no le informo—, el tema sanitario en la comarca de Torrelavega y en general de Cantabria ha sido motivo de huelgas generales y de manifestaciones, debido fundamentalmente a una carencia crónica de recursos hospitalarios y de atención primaria.

Formulé una pregunta parlamentaria, que fue contestada por el Ministro García Vargas, acerca de las dificultades existentes por los repetidos retrasos en los plazos de finalización del hospital. En un primer momento se planteó su finalización en 1990. El señor García Vargas me contestó que estaría concluido en 1992 por haberse realizado obras de ampliación. Ante la evidencia de que el plazo está nuevamente rebasado, se han creado organizaciones ciudadanas que agrupan a todas las fuerzas sociales de la comarca y se plantean serias dudas acerca del cumplimiento de los nuevos plazos comprometidos, dado que las personas que viven en las cercanías de la obra comprueban que apenas trabajan dos o tres personas. Por tanto, la lentitud y los numerosos retrasos previos hace dudar de su finalización en el tiempo señalado. Por otra parte, el hospital de Valdecilla, a 25 kilómetros —asimismo, hospital de referencia para regiones colindantes—, está sufriendo la sobrecarga correspondiente por las dificultades en atención hospitalaria.

Como el señor Ministro ha señalado, la situación en atención primaria es más que preocupante. Solamente el centro de salud de Dobra parece que se terminará. El centro de salud de Zapatón está en este momento soportando la sobrecarga de la ubicación allí del centro de especialidades de El Abra y el centro de salud de El Carmen —provisional— se ha habilitado recientemente

te como centro de salud para aliviar el centro de Zapatón en un anexo del antiguo sanatorio de El Carmen, recientemente adquirido por el Ayuntamiento de Torrelavega para ubicar servicios y dotaciones. En este sentido, el local es claramente insuficiente y la situación en la atención primaria está agravada por la paralización de las obras que, como usted conoce, no se debe solamente a la quiebra de la empresa constructora del centro de especialidades, sino que, por sentencia judicial, la Audiencia Provincial ha ordenado el derribo de lo construido ante la demanda de los vecinos, lo que ha motivado que el alcalde haya sido llamado a declarar ante el juez.

Me congratulo de las previsiones y de la voluntad del señor Ministro, pero en la comarca de Torrelavega llueve sobre mojado. El Grupo de Izquierda Unida, entendiendo la inquietud de la población (que ha llevado a que un tema como la sanidad, que normalmente no mueve grandes masas, haya originado movilizaciones en Cantabria), considera que debe ser tratado presupuestariamente con urgencia en el próximo ejercicio y se deben tomar las medidas necesarias para instar a las administraciones locales y regionales correspondientes para colaborar en la dotación mínima de recursos, de los que esta zona carece desde hace tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Martínez Sieso.

El señor **MARTINEZ SIESO**: Doy las gracias al señor Ministro por su comparecencia en esta Comisión esta tarde.

Después de su intervención y la de la portavoz del Grupo solicitante de esta comparecencia para informar sobre las medidas a adoptar para resolver las insuficiencias de recursos en atención primaria y especializada del área IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria, creo que el asunto ha quedado bastante claro. El área en cuestión, señor Ministro, presenta muy graves deficiencias, tanto en lo que se refiere a la atención primaria como en lo que se refiere a la atención especializada. Es una situación, por otra parte, largamente gestada como consecuencia de una muy mala gestión, de falta de previsión y de algo que podríamos llamar cicatería en la asignación de recursos a una zona con una población de más de 160.000 habitantes, situación que, por otro lado, y como ya se ha mencionado aquí, ha provocado, como es lógico, una gran contestación social y respecto de la cual, a pesar de las buenas palabras e intenciones del señor Ministro, no se están adoptando medidas urgentes y suficientes tendentes a la rápida corrección de las carencias.

No es éste el momento de plantear un debate sobre un modelo de asistencia, sobre un modelo de sanidad. Se está planteando simplemente una cuestión mucho más inmediata. Sencillamente, que el Gobierno cumpla con sus promesas, que el Ministerio cumpla con sus

planes y garantice unos mínimos aceptables en la asistencia sanitaria en una amplia zona de Cantabria. No voy a repetir todos los datos y los argumentos que ha expuesto la anterior interviniente. Considero que ha realizado un diagnóstico acertado de las carencias asistenciales de la zona IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria, aportando una gran cantidad de datos objetivos que son enormemente ilustrativos y creo que difícilmente rebatibles.

Se está prometiendo el hospital comarcal de Torrelavega como algo inmediato, señor Ministro, desde el año 1986. Tiene licencia de construcción desde el año 1987. Sin ir tan lejos, el 30 de diciembre de 1990 el señor García Vargas, en declaraciones a la prensa regional, prometía que la ampliación del mismo, si bien iba a provocar un cierto retraso en la apertura, ésta se iba a producir, sin más demoras, durante el año 1992. En una pregunta escrita, formulada por el Diputado que le habla a comienzos de este año, su antecesor en el Ministerio contesta que la apertura se realizará en 1993, sin concretar la fecha. Hoy nos dice usted que quizá sea a principios de 1994. ¿Cuál es la realidad en estos momentos sobre las obras del hospital comarcal? Que las obras de construcción del hospital, después de llevar durante mucho tiempo un ritmo absolutamente mortecino, van hoy a un ritmo muy lento, con lo cual creo que no se van a cumplir esas previsiones. Hay que decir, señor Ministro, que en la respuesta escrita que antes le mencionaba se decía textualmente que, desde el año en que comenzaron las obras hasta diciembre de 1991, se habían ejecutado obras en el hospital comarcal de Torrelavega por valor de 1.364 millones de pesetas, quedando por ejecutar inversiones por valor aproximadamente de 1.200 millones de pesetas. Faltando esa inversión de 1.200 millones de pesetas, nosotros dudamos mucho de que el hospital esté abierto en el año 1993 o a principios de 1994. La realidad es también que al día de hoy todavía no se han expropiado todas las fincas por donde han de ejecutarse los accesos al mismo. ¿Cuándo estarán terminados los accesos al hospital, señor Ministro? Después de incumplir sistemáticamente todas las previsiones de plazos, no nos podemos creer que pueda estar abierto en 1993 o a principios de 1994, y ojalá nos equivoquemos en este sentido.

Lo mismo se puede afirmar respecto de los centros de salud. En el área que nos ocupa, como se ha dicho anteriormente, está prevista la existencia de once centros de salud. Pues bien, dejando aparte las anomalías y deficiencias de alguno de los existentes, quedan todavía por construir cinco. En este apartado, señor Ministro, quiero recordarle que el grado de realización global del mapa sanitario de Cantabria en atención primaria de salud posiblemente es uno de los más bajos de todo el territorio nacional.

En resumen, señor Ministro, los ciudadanos de Torrelavega y de la zona IV en general, hace siete u ocho años, mientras existía un concierto con tres clínicas privadas, tenían una opinión aceptable, satisfactoria, sobre la asistencia sanitaria que percibían. Como conse-

cuencia del anuncio de la construcción del hospital comarcal, desapareció el concierto con dos de las tres clínicas; no sólo el concierto, sino que también desaparecieron las mismas clínicas. Hoy, que no existe todavía el hospital comarcal, se manifiestan continuamente demandando unos niveles mínimos de asistencia, tanto primaria como especializada, ya que ésta es pésima y la primaria se encuentra absolutamente sobrecargada, con los consiguientes efectos derivados de esa sobrecarga que también se está produciendo sobre el hospital de Valdecilla, en Santander.

La situación de la asistencia sanitaria, en la zona IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria, creemos que es un ejemplo paradigmático de la política sanitaria que se ha venido desarrollando desde el Ministerio del que usted es hoy titular y que ha estado caracterizada, como le he dicho al comienzo de mi intervención, por los fallos garrafales de previsión, por la mala gestión y por la cicatería en la asignación de recursos. Por eso coincidimos con el anterior Grupo interviniente en dos puntos. Primero, en denunciar la grave situación que presentan la atención primaria y la especializada en el área IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria y, en segundo lugar, en reclamar y exigir medidas de carácter urgente, con plazos concretos y ciertos, que solucionen este problema.

Una reflexión más, señor Ministro. Yo le pediría que no caiga en la tentación en la que parece que están cayendo algunos compañeros suyos de gabinete en cuestiones de competencia exclusiva del Gobierno del que usted forma parte, que consiste en retrasar o en frenar la toma de decisiones, la adopción de medidas tendentes a solucionar los problemas por los que está pasando la Comunidad Autónoma de Cantabria en el marco general de la crisis de la cornisa cantábrica.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Gracias, una vez más, señor Ministro, por su explicación y por la respuesta que nos ha dado sobre las previsiones que tiene el Ministerio para solventar las insuficiencias que ciertamente tenía, ha podido tener o puede tener la zona objeto de la comparecencia de hoy.

Como todas SS. SS. saben uno de los objetivos fundamentales que contemplaba la Ley General de Sanidad de 1986 era la extensión de los equipos y de los centros de atención primaria en todo el territorio nacional, y éste, evidentemente, debe ser, ha sido y tiene que seguir siendo un proceso en el tiempo, no puede ser, desgraciadamente, una cuestión de magia. ¡Qué más quisiéramos todos!

Es verdad que en estos momentos, a pesar de la extensión de los centros (se ha logrado una notable extensión de todos los centros y equipos de atención primaria en el territorio nacional), no solamente no es-

tán todos construidos todavía, sino que existe una desigual distribución en las distintas comunidades autónomas debido a múltiples factores que no son objeto de análisis en estos momentos. De estas desigualdades y de estas insuficiencias ha sido consciente el Ministerio de Sanidad y uno de los remedios que va a poner en práctica para paliarlas es el plan de actuaciones que se está llevando a cabo concretamente en esta Comunidad de Cantabria.

Todos deseamos que se complete cuanto antes el mapa de la atención primaria, sobre el que, como saben SS. SS., hubo un acuerdo con los sindicatos de completarlo para 1993-1994. Los plazos, ciertamente, se están cumpliendo, si no en la construcción (que está más ligada a dificultades obvias de edificación o de paralizaciones de obras, que no dependen de la voluntad del Ministerio), desde luego sí se está atendiendo, desde la voluntad del Ministerio y desde el esfuerzo que éste ha realizado por poner en marcha equipos de atención primaria de salud, que son bien diferentes de los centros; equipos que necesariamente tienen que desarrollar su tarea quizá en unos locales menos idóneos, menos completos, menos adecuados, en tanto se construye o en tanto se termina la construcción de los centros desde donde deberán realizar esta atención. Pero esto no quiere decir que no se esté tratando de atender la cobertura sanitaria de la población en su situación de mayor necesidad, como puede ser la atención primaria.

Desde esa voluntad constatada que está desarrollando y poniendo en marcha el Ministerio de Sanidad, nosotros estamos satisfechos de que no nos estemos condicionando exclusivamente a la construcción de los edificios que, desgraciadamente, no va a depender solamente de la voluntad del Ministerio, como digo, sino de otros factores. Pero consideramos que con la explicación que nos ha dado el señor Ministro, así como con los datos que tenemos del desarrollo de los distintos centros en ésta y en otras comunidades, podremos, sin un gran menoscabo y sin unas grandes diferencias entre unas comunidades y otras, llegar a cumplir este objetivo de equidad y de extensión de la sanidad para todos en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Muchas gracias, señora García Manzanares, y muchas gracias también, señora Maestro (esta vez sí) por su colaboración, porque, efectivamente, los datos que usted da son ciertos, coinciden con los que le he dado; las iniciativas que está desarrollando el Ministerio para paliar algunas deficiencias coinciden también con sus apreciaciones y, por tanto, le agradezco su contribución en este debate.

Lo único que yo le diría al señor Martínez Sieso es

que, lo mismo que le dice al Ministro, se lo dijera también al Consejero de Sanidad de Cantabria, porque yo creo que a lo mejor muchas veces no comprendemos bien la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas y lo que es competencia de cada cual y responsabilidad también de cada cual. Y le animaría a que hiciera una especie de baremo para medir las cosas. Teniendo en cuenta que yo soy Ministro de España, aunque usted sea Diputado de Cantabria, procure ponerse también en esta situación, es decir, piense en toda España, y le diría, por ejemplo, que mirara cuáles son los indicadores de gasto sanitario que hace el Insalud en Cantabria, en términos relativos, con el resto de España, cuál es el gasto sanitario y el índice de camas de Cantabria, aun sin el hospital de Torrelavega, con el resto de España, y luego también distinga lo que invierte en salud la Consejería de Cantabria en relación con otras Consejerías del 143, y luego podríamos seguir hablando en los mismos términos, en los que usted quiera. Pero entonces a lo mejor tendría usted una visión algo diferente y le permitiría quizá ponderar un poco mejor sus intervenciones, teniendo en cuenta que los intereses generales del país también tienen que ser contemplados cuando se habla de Cantabria, por muchos intereses que se tenga.

Me agrada enormemente, por ejemplo, que usted, como representante del Partido Popular, considere que todavía es insuficiente el treinta y tantos por ciento del nuevo modelo de atención primaria, que tantas veces y en tantos foros ustedes han denostado. Llegaremos al 100 por ciento y a lo mejor entonces ustedes estarán enormemente satisfechos. Será el triunfo de la práctica sobre la pura teoría y será también el triunfo de que ese modelo no era tan malo cuando ustedes lo reivindicaban. Pero le diré —y reflexione también sobre ello— que, para que se desarrolle un modelo de atención primaria en una comunidad autónoma, se necesita la absoluta colaboración —como decía la señora Maestro— de la comunidad autónoma correspondiente, porque hay que iniciar y desarrollar un proceso de reconversión de una serie de sanitarios que están transferidos a la comunidad autónoma. Por lo tanto, ese modelo, el de salud pública, el de promoción de la salud y el modelo de atención primaria que en él se inserta, es un modelo en el que tenemos que colaborar. Y con esto no quiero decir que el Gobierno cántabro no colabore y mucho menos su Consejero, que mantiene una buena colaboración con el Ministerio. Pero también tenga en cuenta estos datos a la hora de las intervenciones, porque las responsabilidades muchas veces son compartidas, y yo me siento muchas veces orgulloso de ello, porque creo que así se avanza mucho mejor en la defensa y en el bienestar de los ciudadanos, que, por lo menos, es lo que guía a este Ministro y a este Gobierno.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Ministro, por su comparecencia en la Comisión.

— **PROPOSICION NO DE LEY POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ESTABLECER NORMAS DESTINADAS A OBLIGAR A LOS PRODUCTORES DE ALIMENTOS ELABORADOS A INDICAR DE FORMA CLARA EN LA ETIQUETA EL TIPO CONCRETO DE GRASA O ACEITE EMPLEADO, ASI COMO A REMITIR AL CONGRESO, EN EL PLAZO DE DOS MESES, UN PROYECTO DE LEY POR EL CUAL SE PROHIBA EL USO DE ACIDOS GRASOS SATURADOS EN LOS ALIMENTOS MANIFESTURADOS. PRESENTADA POR EL GRUPO IU-IC (Número de expediente 161/000345)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día: proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a establecer normas destinadas a obligar a los productores de alimentos elaborados a indicar de forma clara en la etiqueta el tipo concreto de grasa o aceite empleado, así como a remitir al Congreso, en el plazo de dos meses, un proyecto de ley por el cual se prohíba el uso de ácidos grasos saturados en los alimentos manufacturados, que ha sido presentada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Tengo la oportunidad de defender hoy una modesta proposición no de ley cuya aprobación, a mi juicio, puede tener importantes consecuencias en la salud pública. Saben SS. SS. que la principal causa de muerte en nuestro país son las enfermedades cardiovasculares, que estas enfermedades, a su vez, comparten factores de riesgo comunes con otras enfermedades crónicas y que, entre los factores de riesgo identificados en el desarrollo de esta enfermedad, la alimentación ostenta un riesgo atribuible, aproximadamente, del 50 por ciento. Es decir, que mejoras, cambios cualitativos y cuantitativos en la alimentación pueden tener, y han tenido en los países que han adoptado normativas al respecto, importantes manifestaciones en la disminución de la morbi-mortalidad de este tipo de enfermedades e indirectamente en la disminución del gasto sanitario.

Ustedes saben que, en los últimos años, la incorporación de la mujer a la vida social y laboral está determinando cambios en los modos de vida y en los usos de la alimentación. Los alimentos manufacturados, que se compran parcialmente transformados, están interviniendo, en un porcentaje cada vez mayor, en la alimentación de todos los españoles. Los medios de comunicación y también la educación para la salud impartida por los servicios sanitarios, han permitido transmitir a la población verdades parciales, como la participación de las grasas animales tomadas en la alimentación en la elevación de los niveles de colesterol en sangre y la relación de ello con las enfermedades cardiovasculares. Siendo así, aparece en el etiquetado de muchos alimentos, en lugares bien visibles, la ausencia de grasas animales como un valor positivo. Decía que ésta es

una verdad a medias y es el objeto concreto de mi proposición no de ley. No son exclusivamente las grasas animales las que tienen relación con la elevación de los niveles de colesterol, sino la presencia de ácidos grasos saturados, tanto en grasas animales como en grasas de origen vegetal. Se da la circunstancia de que la disminución del uso de grasas animales en la alimentación ha ido acompañada de aumentos muy importantes en la importación por parte de nuestro país de aceites vegetales que tienen en su composición grasas saturadas, como son el aceite de coco y el aceite de palma. De ello se deduce, lógicamente, que la participación de estos aceites en la alimentación es muy importante y progresiva, siendo así que, como decía antes, estos aceites, con cadenas de ácidos grasos saturados en su composición, tienen exactamente el mismo efecto sobre los niveles de colesterol que las grasas animales.

Ustedes conocen la preocupación manifestada en los últimos congresos de pediatría acerca de los niveles excepcionalmente altos de colesterol en la sangre de los niños españoles, evidentemente relacionados con el consumo de bollería y de la utilización en estos productos de grasas de este tipo.

Por ello, la proposición no de ley tiene dos objetivos: en primer lugar, establecer normas destinadas a obligar a los productores de alimentos a indicar de forma clara el tipo concreto de grasa o aceite empleado, no solamente el nivel discriminatorio más grueso y, como he intentado explicar anteriormente, absolutamente ineficaz, de si la grasa es vegetal o animal. Y, en segundo lugar, yo entiendo que pueden aducirse dificultades económicas en contra de la segunda parte de mi proposición no de ley, pero entiendo que tanto la salud de la población como el gasto sanitario exigirían medidas legislativas destinadas a limitar el uso de ácidos grasos saturados en los alimentos manufacturados.

Este es el objeto de la proposición no de ley, que, a mi juicio, reviste una especial importancia como actividad del conjunto de la sociedad encaminada a prevenir la principal causa de muerte, aquella por la cual mayor número de españoles mueren en la actualidad.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley hay presentada una enmienda de sustitución. Para su defensa, por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Señor Presidente, mi Grupo quiere hacer constar, en primer lugar, que la preocupación por las enfermedades relacionadas con los hábitos nutricionales de la población española y las posibles medidas para su resolución constituyen una de las principales preocupaciones de nuestra Administración.

Para analizar y consensuar prácticas racionales y homogéneas de actuación frente a los principales factores de riesgo cardiovascular se celebraron las Conferencias de Consenso para el Control de la Colesterole-

mia y la Hipertensión Arterial en España, organizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las recomendaciones de estas Conferencias han tenido un importante valor para orientar planes y programas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares que formulan, elaboran y desarrollan las administraciones sanitarias. Sus conclusiones indican la necesidad de una política agro-alimentaria adecuada, una información clara y suficiente sobre la dieta de la población, un etiquetado inteligible de la composición cuantitativa de los alimentos y un control suficiente por parte de las Administraciones públicas. Y puesto que los factores de riesgo asociados a enfermedades circulatorias son múltiples, son también diversas las actuaciones que deben emprenderse para corregirlos.

Los aspectos relativos al etiquetado y composición de productos son sólo una de las cuestiones que deben abordarse en un conjunto más amplio, orientado a difundir hábitos de vida saludable y dar al ciudadano la información necesaria y adecuada para seguirlos. Estos objetivos: promover entre la población la necesidad de mejorar su dieta, como instrumento de mejora de su estado de salud, y formar a los ciudadanos en materia de hábitos saludables, están incluidos entre los que presiden las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en las áreas de nutrición y salud alimentaria.

En cuanto a la primera propuesta contenida en la proposición no de ley por la que se pide el establecimiento de normas destinadas a obligar a los productores de alimentos elaborados a indicar de forma clara en la etiqueta el tipo concreto de grasa o aceite empleado, recuerdo a S.S. que, desde nuestro ingreso en las Comunidades Europeas, todas las disposiciones relativas al etiquetado de productos alimenticios han de ajustarse a la Directiva del Consejo 79/112, de las Comunidades de 18 de diciembre de 1987, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, traspuesta a nuestra legislación mediante el Real Decreto 1122/88, de 23 de septiembre.

En el anexo primero de dicha Directiva se establece la posibilidad de que tanto los aceites refinados distintos del de oliva como las grasas refinadas, se designen en la etiqueta por el término aceites o grasas, completado bien por el calificativo vegetal o animal, bien por la indicación del origen específico vegetal o animal.

Asimismo, el artículo 15 de dicha Directiva indica que los Estados miembros no podrán prohibir el comercio de los productos alimenticios que se ajusten a la presente Directiva mediante la aplicación de disposiciones nacionales no armonizadas que regulen el etiquetado y la presentación de ciertos productos alimenticios o de los productos alimenticios en general.

Por tanto, dicha modificación no puede ser introducida de modo unilateral en la Administración española; es decir, no es posible modificar la norma general de etiquetado para hacer mención del tipo concreto de grasa o aceite empleado sin la previa modificación de

la Directiva comunitaria, que en la actualidad no contempla la necesidad de incorporar este tipo de información.

No obstante, se está debatiendo en el seno de las Comunidades Europeas una modificación de la mencionada Directiva y en las reuniones mantenidas ha sido preocupación española el conseguir que se mencionase el tipo de grasa o aceite utilizado y no la mención genérica aceite o grasa.

En este sentido, la Comisión interministerial para la Ordenación Alimentaria, en su reunión del pasado 20 de febrero, elaboró un informe sobre la modificación de la Directiva y acordó comunicar a la Comisión de las Comunidades Europeas la conveniencia en analizar la posibilidad de especificar en determinados casos, tanto para aceites y grasas como para sus mezclas, los nombres específicos de su proveniencia.

En cuanto a la segunda propuesta de esta proposición no de ley: remitir al Congreso en el plazo de dos meses un proyecto de ley por el cual se prohíba el uso de ácidos grasos saturados en los alimentos manufacturados, mi Grupo cree que no es jurídicamente posible su realización ni tampoco parece que fuese el modo adecuado de solucionarlo, ya que nos encontramos dentro de un mercado europeo, no solamente nacional, y en este mercado no pueden establecerse restricciones comerciales de este tipo.

En consecuencia, señor Presidente, consideramos que es en el ámbito comunitario donde deben promoverse estas medidas y por ello presentamos al Grupo proponente la siguiente enmienda de sustitución:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover, mediante la modificación de la Directiva 79/112 de las Comunidades Europeas, la especificación de la proveniencia del tipo de grasa o aceite empleado y la composición cuantitativa de ácido graso saturado de 12 a 16 carbonos en el etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios envasados.»

El señor **PRESIDENTE**: Se entiende que no ha leído exactamente el contenido literal de la enmienda.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Perdón, señor Presidente, esa enmienda de sustitución está fechada, en el Palacio del Congreso a 10 de junio de 1992. Había otra anterior que presenté el mes de abril.

El señor **PRESIDENTE**: Ruego a S. S. que haga llegar ésa, porque la que obra en la Mesa es la del mes de abril y hay diferencias de redacción, aunque sean leves.

¿Grupos parlamentarios que quieran fijar su posición? (**Pausa.**)

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

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: Si bien es cierto que cada día es mayor la incidencia de las enfermedades cardiovasculares por ingesta de alimentos con con-

tenido graso, no es menos cierto que aún no existen en nuestro país estudios de dieta total ni encuestas sistemáticas de tendencias y hábitos de consumo alimentario. Tampoco existen suficientes controles ni en la fase de elaboración ni en la dispensación de productos para el consumo de los ciudadanos.

Es cierto también que existe un gran desconocimiento en la población sobre los alimentos que elevan el colesterol y los que no, haciéndose de forma profusa y difusa una mala información sobre el malo y el buen colesterol.

Nosotros pediríamos, además, vigilar la propaganda de los alimentos ricos en grasa y se fuese muy crítico con aquellos que no se ciñen a datos científicos o que sólo hacen hincapié en un componente graso y en otros no que componen, a la vez, dichos alimentos. No es igual hablar... (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Perdona, señor Pizarro. Por favor, ¿quieren guardar silencio? Muchas gracias. Señor Pizarro, puede seguir.

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: No es igual hablar de aceite vegetal cuando se habla de un aceite de oliva que de un aceite de coco, siendo los dos vegetales; no se puede especificar solamente el tipo de aceite si es vegetal o si es animal, sino que nosotros pediríamos, además, que se especificase su procedencia. Pediríamos que se especificase también en el etiquetado, como ya decía, la procedencia real de la grasa.

Nosotros vamos a apoyar esta proposición no de ley, porque creemos que es necesario y es bueno para la salud y, por tanto, lo vamos a hacer de forma positiva.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupol Catalán, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, la proponente y la enmendante nos han convencido, y vamos a votar a favor de esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Maestro, para especificar si acepta o no la enmienda, tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Agradezco al Grupo Socialista la enmienda presentada, aunque se refiere parcialmente al objetivo de mi propuesta. En mi opinión, «criterios de salud pública que limiten la ingesta de sustancias que después tienen reflejo en la salud de la población» es un criterio superior a «criterios de mercado», pero, desde luego, acepto la parte en la que se admite, entiendo yo, la filosofía de mi propuesta. Solamente deseo éxitos al Gobierno al instar a las autoridades comunitarias la modificación de la citada directiva.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a las votaciones.

Votamos la proposición no de ley, con la enmienda presentada.

Efectuad la votación, fue aprobada por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

La siguiente proposición no de ley ha sido retirada por el Grupo proponente y, por tanto, hemos agotado el orden del día.

Se levanta la sesión.

Eran las seis y veinticinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENÉYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961