



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 186

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENTE: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES**

**Sesión núm. 10**

**celebrada el jueves, 28 de abril de 1994**

---

### ORDEN DEL DIA:

Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar:

- |  | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| — Sobre el Plan Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y explicar los motivos del cese del Secretario del citado Plan, así como otros detalles relativos a la organización del «Día Mundial del SIDA 1993». A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000148)..... | 5782          |
| — Sobre el Plan Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A petición propia. (Número de expediente 214/000032) .....  | 5782          |
| — Dar cuenta de las graves insuficiencias del Instituto de Salud Carlos III en el desarrollo de las competencias que le atribuye la Ley General de Sanidad. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (Número de expediente 213/000169).....  | 5797          |
| — Del impacto que el Acuerdo General sobre los Aranceles Aduaneros y el Comercio (GATT) tendrá sobre los diversos sectores de su competencia. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000187) .....   | 5809          |

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

**COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (AMADOR MILLAN), PARA INFORMAR:**

— **SOBRE EL PLAN NACIONAL DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y EXPLICAR LOS MOTIVOS DEL CESE DEL SECRETARIO DEL CITADO PLAN, ASI COMO OTROS DETALLES RELATIVOS A LA ORGANIZACION DEL DIA MUNDIAL DEL SIDA 1993. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/000148.)**

— **SOBRE EL PLAN NACIONAL DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000032.)**

La señora **PRESIDENTA**: Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que conocen las señoras y señores Diputados de la Comisión.

Se encuentra entre nosotros la señora Ministra de Sanidad y Consumo, para comparecer sobre las cuestiones que figuran en el mencionado orden del día.

Quiero recordar a SS. SS. que la primera comparecencia es en realidad la agrupación de dos a propósito del mismo tema: por una parte, la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para informar sobre el Plan nacional del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y explicar los motivos del cese del Secretario del citado Plan, así como otros detalles relativos a la organización del Día Mundial del Sida, a propuesta del Grupo Popular; y, asimismo, la comparecencia ante la Comisión, a petición de la Ministra de Sanidad y Consumo, para informar sobre el Plan nacional del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Tratándose del mismo contenido, con algunos matices o preguntas que pueden y deben surgir en el curso de la comparecencia, vamos a proceder, repito, a tratar estos puntos agrupadamente, como habíamos quedado en la Mesa.

Aprovechamos para dar la bienvenida a la señora Ministra de Sanidad y Consumo y le damos la palabra. Cuando quiera, señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias, señora Presidenta.

Como saben, esta comparecencia sobre el Plan nacional del sida fue solicitada el día 3 de diciembre del año pasado, y ello con objeto de informar a SS. SS. sobre los hechos acaecidos en torno al día 1 de diciembre, el Día Mundial del Sida, que llevaron a la destitución del entonces Secretario del Plan nacional del sida. Uno de los propósitos que

me guiaron para solicitar la comparecencia era informar a SS. SS., despejar cualquier inquietud sobre la garantía de continuidad de todas y cada una de las actividades del Plan nacional del sida, que no se iba a ver afectado por el cambio de titular en la Secretaría, que entonces decidí. Si entonces éste era un compromiso del Ministerio, ahora, transcurridos estos meses, puedo darles cuenta de la labor realizada y las perspectivas futuras.

Ya se ha nombrado un nuevo Secretario del Plan nacional del sida, el doctor don Francisco Parra, y el día 20 de este mes se celebró la novena sesión de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, en la que, con participación de la administración interesada, la Administración General del Estado, así como de las administraciones autonómicas y locales, los colegios profesionales y las organizaciones no gubernamentales, se consensuaron los objetivos y actuaciones del Plan nacional del sida, a los que después me referiré.

En todo caso, antes de abordar la situación de la epidemia y de las actuaciones y proyectos del Plan nacional, quiero darles la explicación, la razón del cese del doctor Artundo, anterior Secretario del Plan nacional del sida. El doctor Carlos Artundo tomó posesión del cargo el día 17 de septiembre de 1993. Dentro de su ámbito de actuación, se dedicó, entre otras cosas, a impulsar los actos conmemorativos del día 1 de diciembre, Día Mundial del Sida, efemérides en la que, como saben SS. SS., se desarrollan diversos actos de solidaridad ciudadana con los enfermos de sida, en algunos de los cuales suelen participar generosamente conocidos personajes del mundo del arte o de la cultura.

Son actividades organizadas por las organizaciones no gubernamentales y otros organismos ciudadanos que, en general, el Ministerio apoya y alienta, porque sirven para que la sociedad tome conciencia de la gravedad de la epidemia, de la necesidad de prevenir el contagio y de ser solidarios con los que han contraído la enfermedad. Pero las iniciativas ciudadanas de carácter privado, aunque imprescindibles en la lucha contra el sida, no pueden ser confundidas, especialmente en el área de la financiación, con las responsabilidades públicas de la Administración y, en este caso, del Plan nacional contra el sida. Esta confusión fue lo que detectó el Ministerio que se había producido y lo que determinó la decisión de cesar al responsable del Plan. En ningún caso se puso en duda la honorabilidad del doctor Artundo, un profesional de reconocido prestigio en el mundo sanitario. Pero ocurre, señorías, que en la Administración pública lo formal es esencia. El rigor formal es una obligación irrenunciable para todo funcionario público y la forma en que la Secretaría del Plan nacional contra el sida apoyó la recaudación de fondos para la lucha ciudadana contra el sida podía inducir al error de que el Ministerio de Sanidad y Consumo se responsabilizara, a través del Plan nacional contra el sida, de la gestión de tales fondos.

Es evidente que esto no era así y que la actuación de la Administración pública se basa en la financiación de los Presupuestos Generales del Estado y con arreglo a sus programas de actuación pública y que la colaboración ciuda-

dana canalizada a través de organizaciones no gubernamentales, no es responsabilidad de la Administración, aunque ésta la apoye y fomente.

El erróneo planteamiento de ese apoyo desde la Secretaría del Plan nacional y la necesidad de deshacer nítidamente el equívoco que pudiera haberse creado motivó el cese del Secretario del Plan nacional contra el sida, don Carlos Artundo, antes de la celebración de los actos conmemorativos en los que se iban a recaudar los fondos, de manera que las personas que desearan contribuir a la noble causa de la lucha contra el sida tuvieran perfectamente claro que su contribución iba destinada a las organizaciones ciudadanas que lo requerían, pero no al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reitero que estoy convencida de que el error de planteamiento respondió exclusivamente al afán de apoyar, de manera entusiasta, las iniciativas ciudadanas de lucha contra el sida, desde la buena fe del responsable del Plan nacional. Pero también estoy segura de que su destitución fue necesaria para asumir la responsabilidad de una actuación incorrecta, que produjo confusión entre el ámbito de actuación del propio plan y el de la iniciativa privada.

Aclarado este punto, y si me lo permiten, voy a hablarles del Plan nacional contra el sida.

Desde que a comienzos de los años ochenta fuese diagnosticado por primera vez el sida, no ha dejado de progresar, ante la ausencia de terapia farmacológica efectiva o de vacuna preventiva. Sin embargo, nunca antes se había llegado a saber tanto de una enfermedad epidémica y de sus mecanismos de actuación y transmisión en tan poco espacio de tiempo. Nunca la información sanitaria a la población había sido tan extensa, intensa y científicamente orientada como en el caso del sida. Y nunca en la historia una enfermedad había producido cambios de conducta tan profundos y tan amplios en la sociedad. Y todo ello, si nos atenemos a los resultados, dista mucho de ser suficiente. El sida es una enfermedad nueva que ha cogido de improviso a la ciencia moderna. Aunque se ha avanzado de forma espectacular en el conocimiento del virus causante y la epidemiología, las lagunas son aún tan amplias que no se dispone de remedio efectivo para atajar la enfermedad, y existe una gran incertidumbre sobre el desarrollo futuro de la epidemia.

Nos enfrentamos a una enfermedad distinta, con nuevas características, producida por un virus que se ha adaptado a la sociedad de la alta tecnología con una evidente facilidad para burlar los medios terapéuticos y de inmunización tradicionales que habían venido mostrando su eficacia para el control y erradicación de las epidemias clásicas.

Hasta la llegada del sida, los azotes infecciosos estaban en su mayor parte relacionados con la deficiente alimentación, las malas condiciones de vida y de trabajo, la baja cultura y la inexistencia de organización sanitaria. Es decir, con todo aquello que se da en los países pobres del denominado Tercer Mundo. Es una más de las calamidades que han de soportar estos pueblos.

Una de las principales novedades de la epidemia del sida es que afecta también a los países socialmente avanzados y a todas las clases sociales. La inicial tranquilidad

que daba a la sociedad la existencia de los llamados grupos de riesgo desapareció pronto. El esfuerzo de información y educación sanitaria, de aceptación y cuidados solidarios de los enfermos, es fundamental para controlar la progresiva extensión de la enfermedad, mientras llegue el descubrimiento de la vacuna que la puede prevenir eficazmente. Y por eso es importante que también aquí, en el Parlamento, nos reunamos para tratar serenamente de ese gran tema de hoy que es la infección de VIH-sida. Porque es un serio problema de salud, una epidemia que está poniendo a prueba la capacidad de reacción de los sistemas sanitarios, un importante problema que afecta a todos los continentes y que requiere, más que muchos otros, la unión de todos los esfuerzos y voluntades para encontrar un horizonte de esperanza.

La Organización Mundial de la Salud recoge en su informe epidemiológico semanal número 2, de 14 de enero de 1994, un total acumulado de 851.628 casos notificados de sida en niños y adultos a nivel mundial. También estima que para el año 2000 existirán entre 13 y 18 millones de enfermos de sida y en torno a 30-40 millones de personas seropositivas en todo el mundo. Se calcula en la actualidad que los costes directos del sida para el sector sanitario se elevan ya a nivel mundial a 5.000 millones de dólares-mes y los costes indirectos por pérdidas de productividad y mercados podrían ser hasta diez veces superiores. Y, lo que es más importante y no cuantificable, las repercusiones humanas, familiares, sociales y psicológicas que la epidemia desencadena, tanto en los afectados como en las personas que los rodean.

Desde que en 1981 se diagnosticó el primer enfermo de sida en España hasta el 31 de diciembre de 1993, se han notificado al Registro nacional de casos de sida un total acumulado de 22.655 casos, con una proporción de fallecimientos notificada del 45,9 por ciento.

La notificación de casos nuevos al Registro sigue su ritmo creciente. Desde 1988 se superan los mil casos declarados por año. En 1992, 5.000 y en 1993 se declararon 5.606 casos nuevos al registro. Hay que tener en cuenta que los casos notificados en un período son, en su mayor parte, diagnosticados con varios meses de antelación. Y, así, de los 5.606 casos notificados en 1993, sólo 3.113 fueron diagnosticados este año. El resto corresponde a años anteriores.

Estos son los últimos datos de que podemos disponer en la actualidad, por haberse producido un retraso en la notificación, retraso que estaba en cierto modo previsto, debido a la nueva definición de caso que ha entrado en vigor en España el día primero de enero, que requiere adaptaciones en los sistemas de notificación y registros de las comunidades autónomas.

En el total de casos acumulados, existe un predominio de varones, el 82,1 por ciento, que son además jóvenes, ya que el 81,6 por ciento tenía en el momento del diagnóstico entre 20 y 39 años.

En cuanto a los mecanismos de contagio, el 63,9 por ciento son usuarios de drogas por vía parenteral y el 15,1 por ciento varones con prácticas homosexuales. Además,

otro 2,2 por ciento restante son varones bisexuales que, a su vez, consumen drogas parenterales.

El 6,9 por ciento de los casos son atribuidos a la transmisión por contactos heterosexuales. En el 6 por ciento no se ha obtenido información suficiente para poderlos asignar a una categoría de transmisión.

Los casos pediátricos menores de 13 años suponen el 2,4 por ciento del total acumulado, 541 casos. El 84,8 por ciento de ellos son hijos de madres seropositivas, pertenecientes a algunas de las categorías de transmisión. El 10,3 por ciento de los casos pediátricos contrajo la infección por VIH a través de hemoderivados y el 2,6 por ciento por transfusiones de sangre.

Muchos de los casos de transmisión heterosexual y pediátricos, transmisión madre-hijo, están asociados de forma indirecta al consumo de drogas por vía parenteral.

De los casos de transmisión heterosexual en los que consta el grupo de riesgo de la pareja, el 71 por ciento eran parejas sexuales usuarias de drogas por vía parenteral.

Por otro lado, una gran parte de madres seropositivas son usuarias de drogas por vía parenteral, el 72 por ciento de los casos de transmisión madre-hijo, o parejas sexuales de varones usuarios de drogas por vía parenteral.

Las diferencias geográficas entre provincias y comunidades autónomas son muy marcadas. En algunas se han superado los 90 casos acumulados por 100.000 habitantes desde 1981, mientras que en otras no se han alcanzado los 25. Las comunidades autónomas con mayores tasas de incidencia comunada son Madrid, Cataluña, País Vasco y Baleares, y las menores se registran en Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura. Tan sólo un 0,54 por ciento de los casos notificados corresponden a residentes en el extranjero.

La importancia relativa de los distintos mecanismos de transmisión de la infección por VIH difiere de unas comunidades autónomas a otras. En todas ellas los usuarios de drogas por vía parenteral son más de la mitad de los casos, salvo en Canarias, donde únicamente supone un 29 por ciento.

En el conjunto de España se produce desde el año 1991 más de un caso al año por cada 10.000 habitantes, y en las comunidades de Baleares, Cataluña, Madrid, País Vasco y La Rioja se observan tasas aún mayores. La tendencia es creciente en todas las comunidades, aunque la magnitud de la incidencia anual difiere mucho entre ellas. El patrón epidemiológico del sida en España ha ido cambiando con los años sin variaciones bruscas, impropias, por otro lado, de una enfermedad con un período de incubación tan largo. Analizando la evolución en el tiempo que se observa, se concluye que la proporción de casos ha ido aumentando paulatinamente en el grupo de 30 a 39 años, y también recientemente en el de 40 a 49 años, mientras que la proporción de menores de 30 años ha disminuido.

En cuanto a las categorías de transmisión, se observa un aumento del porcentaje de los casos de transmisión heterosexual, desde el 1,2 por ciento en el año 1985 al 10,7 por ciento en 1993. También aumentó el de usuarios de drogas por vía parenteral del 36 por ciento en 1984 al 62,3 por ciento en 1993, y hay una clara disminución del porcentaje

de receptores de transfusiones sanguíneas y hemoderivados. La práctica de riesgo ligada a relaciones homosexuales representaba un 22 por ciento del total de casos en 1984 y un 22,9 en 1985. Desde entonces no se han producido incrementos, siendo de un 13,4 en 1993.

Comparando estos datos con los de otros países de nuestro entorno continental, vemos que aunque la epidemia de sida tuvo un comienzo relativamente tardío en España, la incidencia ha aumentado más rápido que en los demás países de Europa, y desde 1990 presenta las tasas mayores con excepción de Mónaco. España es el segundo país en número de casos notificados después de Francia, pero es el primero en las categorías de usuarios de drogas por vía parenteral y de hijos de madres seropositivas. Las predicciones de casos realizadas para los próximos años indican que la incidencia global del sida va a continuar aumentando al menos hasta 1998. El aumento más acusado se espera en los casos de transmisión heterosexual. De los 22.655 casos acumulados, contenidos en el registro nacional del sida, una proporción considerable ha fallecido. Hasta el 31 de diciembre de 1993 se ha notificado la muerte de un 45,9 por ciento del número de personas afectadas. No obstante, se sabe que su notificación es incompleta. Por estudios de supervivencia de los enfermos de sida realizados en España y en otros países, se puede estimar que más del 60 por ciento de los casos notificados habrían fallecido.

De las características epidemiológicas de los casos de sida se pueden extraer las siguientes conclusiones generales: primera, que si bien en número de casos se sigue produciendo el incremento, en términos porcentuales este crecimiento está descendiendo desde el comienzo de la epidemia, y ello es debido a la naturaleza del registro y, además, a que el diagnóstico de la enfermedad no coincide con el momento del contagio, habiendo entre uno y otro de ocho a diez años de separación por término medio; también por el resultado de las campañas de información y prevención realizadas por las administraciones sanitarias y por las organizaciones no gubernamentales.

En segundo lugar, si bien es cierto que España presenta la mayor tasa por millón de habitantes, lo es también que nuestra tendencia es bastante similar a la de los países de nuestro entorno socioeconómico y cultural. Hemos tenido un comportamiento alcista, como también lo han tenido Italia, Francia, Dinamarca, Bélgica u Holanda por la razón de estar aflorando ahora los resultados de la epidemia durante la pasada década.

En tercer lugar, el patrón de la epidemia sigue en España vinculado mayoritariamente al consumo de drogas por vía parenteral, si bien existen indicios de una cierta contención en el crecimiento asociado a esta práctica por el cambio de hábitos en usuarios de drogas, mostrando la tendencia un ascenso de heterosexuales ligado indirectamente a la categoría anterior, y un marco marcado descenso en los casos atribuidos a receptores de transfusiones y hemoderivados. Lo que hoy conocemos sobre la realidad de los casos de sida en nuestro país es suficientemente elocuente, pero hemos de tener en cuenta que el número de casos de sida va a aumentar en los próximos años, al igual

que en todos los países, debido a las características epidemiológicas de la infección por el VIH y su período de latencia, a la aplicación de la nueva definición de caso de sida, ampliando los criterios diagnóstico de caso, y a la mejora del funcionamiento del registro con una política activa de búsqueda de casos y de incentivación de la notificación. Debido a esto podemos encontrar en este año con un incremento significativo en el número de casos, pero explicable en su mayor parte porque se ha ampliado la definición de caso del sida, sin que esto quiera decir que se haya incrementado el número de pacientes infectados por la epidemia.

En definitiva, desde el período de latencia del sida, lo que ahora estamos viendo es, en términos generales, el resultado de las prácticas y situaciones de riesgo ocurridas en los años 1984 a 1986. Desde entonces es mucho más lo que sabemos de la enfermedad, muchas las medidas que se han adoptado y muy superior el conocimiento que la población tiene del problema. Sus consecuencias positivas en términos de evolución de la enfermedad deberemos verlas en los próximos años.

El Plan nacional sobre el sida debe ser entendido como el conjunto de actividades desarrolladas por las diferentes administraciones sanitarias en orden a prevenir la enfermedad y a paliar sus efectos. Así fue como se inició cuando se decidió su creación en acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de junio del año 1987, en el que se creó la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención con el fin de lograr la coordinación de los programas impulsados por las administraciones sanitarias del Estado para la prevención y control de las infecciones producidas por el virus de inmunodeficiencia humana, y potenciada posteriormente por el Real Decreto de 1993, que definió de una manera más precisa las funciones de la Secretaría del Plan nacional sobre el sida y la actualización de las funciones y composición de la Comisión.

Esta Comisión, como he dicho anteriormente, celebró su última reunión la pasada semana. La Secretaría del Plan presentó el balance de actividades del año 1993 y un nuevo marco de objetivos que supondrá un importante avance en la lucha contra el sida. A lo largo del año 1993 se ha producido un gran esfuerzo de coordinación y consenso con las comunidades autónomas y otros ministerios interesados, cuyo resultado ha sido el marco de objetivos del Plan nacional. La Comisión nacional ha aprobado la modificación de la estructura y funciones de los órganos de asesoría técnica para darles un carácter más dinámico. Sus funciones recogen de una forma específica el marco de objetivos antes citado. Los criterios de selección de las personas integrantes se han regido por la acreditación profesional, solidez científica, compromiso en la lucha contra el sida y representación interterritorial, siendo flexibles en su composición.

Por otro lado, a propuesta de la Secretaría del Plan, fue aprobada la creación del Comité asesor clínico, contemplado en el Real Decreto del año 1993, cuya finalidad es la asesoría permanente en aspectos relacionados con el manejo clínico de los pacientes VIH-sida en cualquiera de las

fases evolutivas de la infección. La aparición de nuevos fármacos y el debate internacional sobre la efectividad de las estrategias terapéuticas justifican, además, la creación de este grupo de trabajo, buscando siempre la mejor asistencia y cuidado de los pacientes con infección por VIH. Su composición también se rige por criterios de acreditación científica y profesional en el campo de la asistencia clínica. España entró en la nueva definición del caso de sida en Europa a partir del pasado 1 de enero, incluyéndose entre las actuales enfermedades indicativas la tuberculosis pulmonar, las neumonías recurrentes en un período menor de doce meses y el cáncer invasivo de cuello uterino.

En consecuencia, la Secretaría del Plan nacional ha tenido que gestionar en un corto período de tiempo la adaptación de los sistemas informáticos a la nueva definición y la adecuación en la dotación de recursos del registro nacional de casos de sida. A instancia de la Secretaría del Plan se ha facilitado a todas las administraciones sanitarias que integran el plan los recursos logísticos necesarios en materia de programas y equipos informáticos para su adaptación a la nueva definición, mantenimiento y mejora de los registros de casos en las comunidades autónomas.

La aplicación de la Ley Orgánica del año 1992, de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, ha supuesto, además, un reto añadido para la Secretaría del Plan nacional, constituyendo un nuevo tema monográfico de reuniones con las comunidades autónomas, que han tenido que coordinar y fijar normas básicas en lo que se refiere a la confidencialidad de la información y a la protección a la intimidad de los ciudadanos. Por este motivo, a instancia de la Secretaría del Plan, el Ministerio ha adquirido las licencias necesarias para la dotación de medidas de seguridad y protección informática de los datos del Registro nacional y de los registros de las comunidades autónomas.

Por parte de las subcomisiones se han elaborado dos documentos que también se presentaron a la Comisión Nacional: el modelo de atención sanitaria a pacientes VIH-sida y las normas de bioseguridad en el medio sanitario, donde se hace hincapié en la implantación de las precauciones universales en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

Especial atención se ha prestado a las organizaciones no gubernamentales de servicio en sida. Se ha logrado establecer una colaboración permanente con estas organizaciones ciudadanas, cuya labor al frente de los problemas de estos enfermos supone un complemento imprescindible de las distintas administraciones.

También se ha contado con ellas desde la Secretaría del Plan nacional para consensuar los objetivos prioritarios aprobados por la Comisión Nacional.

Igualmente, el Ministerio mantiene la línea de subvenciones a las organizaciones no gubernamentales de servicio en sida.

Para abundar en los programas de información a los jóvenes, el pasado mes de diciembre, con motivo del Plan de Modernización de las Administraciones Públicas y en su marco, la Secretaría del Plan ha presentado un proyecto basado en la utilización de pantallas informáticas interacti-

vas para la prevención del VIH-sida y otras enfermedades de transmisión sexual, proyecto cuya combinación se prevé para el próximo Día Mundial del Sida, fecha en la que estarán instalados ciento veinte puntos interactivos en universidades y en centros de formación profesional de todo el territorio español.

También participa nuestro país en la campaña europea de prevención del sida para jóvenes viajeros, proyecto liderado por la agencia belga de prevención del sida y financiado por la Unión Europea.

Desde diciembre de 1993, la coordinación del proyecto en España se lleva a cabo por el Consejo de la Juventud, en colaboración con la Secretaría del Plan.

En el área internacional, también ha sido de destacar el Programa Mundial del Sida, de la Organización Mundial de la Salud, en el que España forma parte de su Comité de Gestión desde hace dos años.

En lo que se refiere a la Unión Europea, en 1993, España ha participado activamente en el futuro del Programa Europa contra el Sida, siendo favorable a su prolongación en 1994.

La Secretaría del Plan ha informado a organizaciones no gubernamentales y a administraciones sanitarias sobre las diez acciones del programa con el fin de que se presenten proyectos de calidad.

En 1993 se ha incrementado el número de proyectos españoles financiados —ocho de los diecinueve presentados— y esperamos que a lo largo de este año este número siga creciendo.

La actividad del Ministerio y del Plan nacional en el futuro inmediato va a continuar basándose en las líneas en que se asienta la política sobre el sida: la prevención y la información, la atención y el tratamiento, el conocimiento de la realidad de la epidemia y la sistematización de los esfuerzos destinados en las tres líneas anteriores.

Los objetivos prioritarios para 1994 y 1995 se resumen en los siguientes epígrafes:

Primero, el conocimiento y análisis de la realidad de la epidemia. Se van a realizar actividades dirigidas al perfeccionamiento del sistema de registro y su adaptación a las necesidades de los distintos usuarios.

También se va a reforzar la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en el conjunto del Estado y se analizará la evolución de la epidemia mediante una encuesta de seroprevalencia previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Será la subcomisión de Epidemiología la encargada de su impulso.

En cuanto a la prevención, las actividades se orientan a la información de la población general, estando prevista una campaña específica dirigida a jóvenes y colectivos con prácticas de riesgo en el segundo semestre de este año.

Está prevista una intensa difusión a través de radio, folletos divulgativos y carteles.

También se realizarán programas dirigidos a usuarios de drogas por vía parenteral, dando facilidades para el cambio de jeringuillas, suministro de preservativos y tratamientos con metadona.

Para los jóvenes y adolescentes, mediante programas intersectoriales de intervención en distintos medios, el escolar con los padres y educadores y los líderes de opinión.

Otros programas de información y prevención se dirigirán a colectivos específicos: prisiones, parejas de toxicómanos y prostitución. La Subcomisión de Prevención será la que dirija estos trabajos.

En cuanto a la formación y apoyo para el personal sanitario, será coordinado el programa por la Subcomisión de Asistencia y formación y está dirigido al personal médico y enfermería, tanto de hospitales como de atención primaria y de instituciones penitenciarias, para la promoción de medidas preventivas en el medio sanitario para VIH y hepatitis.

Otras actividades que van a representar la respuesta del sistema sanitario y social ante la epidemia, se van a realizar mediante encuestas anuales de atención a los enfermos y afectados, protocolos de derivación y manejo de pacientes, identificación de necesidades y recursos, valoraciones del impacto económico y asistencial de la epidemia, fomento y desarrollo de programas de ayuda a domicilio y asistencia domiciliaria.

Nos informarán sobre las actitudes sociales y comportamientos relacionados con la epidemia mediante encuestas sobre comportamientos sexuales de distintos colectivos, evolución del conocimiento de las prácticas de riesgo entre la población general y actitudes en la misma ante personas seropositivas o enfermas de sida.

En definitiva, señorías, el sida continúa siendo no sólo una grave enfermedad, sino también un problema social para cuya solución es imprescindible contar con el apoyo de los ciudadanos. Apoyo que debe estar basado en el principal medio de que disponemos para combatir la epidemia, que es la información, y que debe traducirse en un cambio de actitudes entre la población para las prácticas de riesgo y para aceptar a los enfermos.

Como recuerda la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, deben ir unidas la responsabilidad individual y la colectiva con los deberes de las personas para con la comunidad, único ámbito en que se puede asegurar la libre y plena realización del ser humano y, por consiguiente, donde se podrá alcanzar el éxito en la lucha contra el sida.

Muchas gracias, señorías, por su atención.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, les recuerdo que si lo desean, podemos suspender la Comisión para que, tras la exposición de la señora Ministra, preparen sus intervenciones y sus preguntas. **(Pausa.)** Parece que no.

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

El señor **ROBLES OROZCO**: Señora Presidenta, le agradezco la amabilidad de suspender la sesión, pero ni siquiera es por méritos del portavoz que en este momento va a intervenir, sino porque al escuchar a la señora Ministra nos ha sido extraordinariamente fácil poder sintetizar la intervención que iba a hacer, ya que la única diferencia —permítame que se lo diga en un tono más amable— que

hay entre su intervención y la que hace algunos meses tuvimos en esta Cámara por parte del Secretario de Salud y anteriormente por el anterior Secretario de Salud, la verdad es que difieren en muy poco y lamentablemente en lo poco que difieren es en lo que nos gustaría que difiriesen, que es en las cifras estadísticas. Quiero decir que nos parece que el esfuerzo explicativo de la señora Ministra es repetir exactamente lo mismo que se nos ha dicho en la anterior comparecencia del Secretario de Salud, en la anterior comparecencia del Secretario de Salud, aunque con otro titular, y así repetidas veces casi hasta el comienzo de lo que desgraciadamente ha sido y sigue siendo la historia de esta epidemia.

Con esto, ¿qué es lo que trato de poner de manifiesto y espero que sea correctamente entendido? Es que, frente a la continuidad de las afirmaciones de la Administración, también permanece la gravedad de la enfermedad no en relación directa con lo que aquí se nos anuncia. Es decir, aquí se nos anuncian una y otra vez campañas, acciones, reuniones, nombramientos, que el tiempo se encarga, una y otra vez también, de demostrarnos fracasados, incompletos, irrealizables o irrealizados y, en definitiva, un proyecto permanentemente fracasado.

Permítame que precisamente al hilo de lo que fue la petición de esta comparecencia, y aprovecho para decir que se pidió, como usted muy bien ha mencionado, señora Presidente, a principios de diciembre del año 1993 y estamos a finales de abril, precisamente para hablar en aquel momento de lo que a nuestro juicio era y sigue siendo un tema muy importante, como ahora diré, que era el cese del Secretario del Plan Nacional contra el Sida.

Estamos hablando cinco meses después de ese cese y cuando ha sido nombrado hace escasamente unos días el nuevo Secretario. Tengo que recordar que precisamente fue en la última comparecencia que hubo de la Administración para hablar de este tema cuando se acababa de nombrar a este señor responsable de este Plan, cuyo cargo había estado vacante durante dos años. Por tanto, en una larga tradición de ceses-vacantes, vacantes-ceses que se producen en el Plan Nacional contra el Sida, esto no es más que una gota más de lo que, a mi juicio, insisto, es la plasmación real de que falta un proyecto, de que falta una orientación, de que falta una idea global de lo que se pretende, incluso acertando en las personas que se ponen.

A mí me complace mucho la explicación que ha dado la señora Ministra sobre el cese del señor Artundo sólo en un pequeño detalle, que cuando alguien nombra a una persona parte de su equipo debe tener la suficiente seguridad y confianza en que esa persona va a ejecutar las directrices que responsables políticos de otro nivel tienen en ese Ministerio. Por tanto, se entiende, señora Ministra, que cuando usted pone en su equipo a determinadas personas no lo hace para que improvisen sobre la marcha o para que hagan lo que en ese momento se les ocurra, sino que están para ejecutar la política que usted como Ministra debe de marcar en ese proyecto del Plan Nacional del Sida, como en otros temas.

En consecuencia, decir que se le sorprende en su buena fe o que se le sorprende en la forma de actuar, me parece

que es tanto como decir que no se conocía lo suficiente al señor Artundo o el señor Artundo no tenía muy claro para lo que estaba puesto ahí y tenía que explicar el Plan Nacional contra el Sida. Después de haber tenido dos años para haber reflexionado sobre la persona que había que poner al frente, digo yo que se podía haber acertado un poco más en la persona que era la que tenía que ejecutar las directrices políticas de los políticos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por tanto, creo que la explicación no es satisfactoria, independientemente de que el procedimiento con que se hiciera o por las causas por las que se hiciera fueran las que usted ha explicado aquí. Ha habido una vacante mantenida durante largo tiempo que ha supuesto ineficacia e inoperancia del Plan Nacional contra el Sida y nos encontramos con que después se pone al frente a un señor que parece que no tiene las ideas muy claras de qué es lo que tenía que hacer desde la Secretaría Nacional de Lucha contra el Sida.

Insisto, este es un episodio, a mi juicio, lamentable de una falta de proyecto global, que además coincide en un momento psicológicamente muy significativo, que es precisamente el Día Mundial del Sida. Usted recordará que algunas organizaciones reciben la noticia del cese del propio Secretario estando preparando una rueda de prensa para anunciar actos del Día Mundial del Sida. Creo que eso no es bueno para las asociaciones gubernamentales, que eso no ha sido bueno para la idea que hay que dar a la sociedad española de que hay un proyecto político y una Administración firme y seria detrás luchando, sino más bien ha creado desasosiego, desorientación y la sensación de que se estaba una vez más improvisando. Por tanto, insisto, es un episodio que, a nuestro juicio, no aporta seriedad ni claridad en el proyecto de lucha contra el Sida.

Como digo, lamentablemente, esta intervención que usted ha tenido hoy aquí cargada de cifras, de datos y de orientaciones, que podría ser exactamente la misma que tuvo el señor Gutiérrez Morlote, que he tenido lógicamente que releerme para ver esta de hoy, es exactamente la misma, con las mismas cosas, sólo que diferidas en el plazo. Se nos anunció en esa comparecencia una serie de campañas que ahora se nos vuelve a anunciar que se harán al final del siguiente semestre; se nos anunciaron una serie de reuniones, que algunas se han realizado, otras no, y que, en definitiva, vuelve a ser posponer para no sé qué semestre las mismas cosas que se nos dijeron en el año 1993, que, a su vez, se nos habían dicho en el año 1992. Insisto: no da la sensación de que haya agilidad, de que haya proyecto, de que haya dirección política. Más bien da la sensación de que lo que hay es una necesidad de actuar a impulso de la opinión pública, tapando agujeros y tapando en este momento las deficiencias que van surgiendo aquí y allá.

Por cierto, que, de la explicación que usted ha dado de la dimisión o del cese, mejor dicho, del anterior Secretario del Plan, hay algunas cosas que no han quedado suficientemente claras, porque es curioso —y tuve la ocasión de decirlo ya en la propia comparecencia que tuvo el señor Gutiérrez Morlote aquí— que en las primeras declaraciones que hace el señor Artundo a la prensa dice que hay que

empezar por reconocer que en el Plan Nacional de Lucha contra el Sida no siempre se ha acertado en las campañas de prevención y que ha habido malas campañas de información. Tuve la ocasión de preguntarle sobre si compartía el Secretario de Salud esa afirmación en aquel momento de lo que decía el que acababa de ser nombrado Secretario Nacional del Plan. Pero es que además, cuando cesa el señor Artundo dice, y le puedo leer la cita literal: Mi cese va a servir para que todo el mundo sepa de dónde vienen realmente los intentos de que no se hable del sida. Eso lo dice en el momento de ser cesado el que era el responsable en ese momento nombrado por el Gobierno. Da la sensación de que algo más hay o algo más pasa o que realmente el señor Artundo también se ha encontrado con no muchas facilidades dentro de la Administración o que se deja entrever que el propio Gobierno no tiene interés en que se hable de este tema.

Creo que son aspectos no explicados de esta situación y que, además, desgraciadamente, insisto, coincide con lo que después vemos todos los días que es la acción del Gobierno en este tema.

Tengo que comentar, aunque sea muy de pasada, porque me parece que tampoco aporta demasiado que nos detengamos en los datos estadísticos de forma pormenorizada, pero sí tengo que comentar, como he dicho antes, que comparecencia tras comparecencia lo único que cambia son precisamente las cifras estadísticas. Ya son más de 23.000 los casos de sida declarados. Por cierto, a pesar de que se nos anuncian ahora las dificultades por el nuevo registro —que ya se nos habían anunciado también en noviembre del año pasado—, que yo creo que ha habido tiempo suficiente como para que en este momento tuviéramos datos más actualizados, pero dando por válidos los 23.000 a diciembre del año 1993, sí me atrevo a decirle, como usted bien se imagina y usted bien sabe, señora Ministra, que las cifras de este primer trimestre desgraciadamente van a ser todavía bastante peores que las que en este momento tenemos. Eso significa que esa tasa de crecimiento de más de 500 casos mensuales se va a ver empeorada en el año 1994 y que nos sigue manteniendo a nuestro país en el lamentable récord de estar a la cabeza de Europa en esta lamentable enfermedad. Algo tendrán que ver también, digo yo, las políticas que aplican los diferentes Gobiernos. He tenido también ocasión de decirlo más de una vez en esta Comisión. Porque las campañas de información, las campañas de prevención en determinados colectivos dan sus resultados si se hacen de forma adecuada. De hecho, nuestro país se ha puesto de ejemplo como colectivos bien organizados, como son las organizaciones de homosexuales que han hecho campañas y las mantienen en el tiempo y han conseguido determinados resultados preventivos que, como usted ha recordado, han hecho bajar la tasa de incidencia en ese colectivo. No se puede decir lo mismo en la población heterosexual; no se puede decir lo mismo en los colectivos de personas de adicción a las drogas por vía parenteral; y sí se puede decir lo mismo en otros países que han desarrollado campañas de prevención, por ejemplo, en drogodependientes o en otros colectivos, y que han tenido sus éxitos. Por tanto, alguna relación tiene que ha-

ber en las acciones que toma el Gobierno en nuestro país con campañas, con acciones formativas mantenidas en el tiempo y los resultados que posteriormente se producen.

Eso lleva a pensar que no se ha hecho lo suficiente, y no se ha hecho lo suficiente porque no se puede decir que lo suficiente sea haber hecho una campaña de información divulgando, por ejemplo, folletos en las prisiones españolas. Usted bien sabe que la población penitenciaria es extraordinariamente móvil, que tiene unos hábitos de comportamiento social, higiénico, enormemente deteriorados y que, por tanto, requiere un esfuerzo permanente y constante y que no consiste en distribuirles esporádicamente en un mes o dos meses un folleto o un «kit» sanitario, sino que si eso no se plantea de una forma permanente, constante, sistemática, estamos en el fondo, no iba a decir desperdiciando nuestros esfuerzos, pero desde luego no optimizando los esfuerzos que se deben de estar haciendo en uno de los colectivos más claramente afectados por este problema como es la población penitenciaria.

Se han hecho campañas en nuestro país sobre información a la población adolescente, pero se han hecho campañas aisladas, que no se han mantenido en el tiempo, que no se les han dado un contenido formativo, que no han tenido una continuidad con educadores y que no han tenido la continuidad que permita, generación tras generación o curso tras curso, acceder a una información realmente preventiva y realmente informadora y formadora de los riesgos que en este momento conllevan determinados planteamientos de vida sexual.

Creo que ésa es una mala acción y creo que hay que mejorar esos aspectos. Por eso digo que tienen algo que ver las cifras y los datos estadísticos en este momento con las acciones, mantenidas o no, en el tiempo que ha tenido la Administración del Estado en la política de lucha contra el sida.

Si no reconocemos esto, y si no partimos de la aceptación de esta realidad, difícilmente vamos a poder corregir el rumbo. Por eso yo no lo digo en tono de crítica, sino de conocimiento de la realidad, de detectar cuáles han sido las deficiencias que hasta este momento se han producido; que conozcamos, de los propios errores que se hayan podido cometer, la forma de corregirlos para que en este momento podamos ser más eficaces, que es lo que supongo que seriamente todos queremos.

Otra de las deficiencias que me permitirá la señora Ministra que le diga y que yo esperaba que fuera casi la cita con la que hoy abriera su intervención, es precisamente uno de los aspectos en los que más incidencia ha hecho la Administración en su política de lucha contra la extensión del sida, que es precisamente la política de información sobre el uso de los preservativos, que es la distribución también de los preservativos, porque es el elemento en este momento que consideramos, junto con la prevención y la información, que puede ser realmente eficaz en la disminución de la enfermedad. Usted sabe que estos días ha habido noticias en los medios de comunicación extraordinariamente preocupantes, proporcionadas por asociaciones de consumo, que pueden haber llevado en este momento a mucha gente a sentirse desprotegida o desinformada, e incluso engañada.

Durante estos años se ha hecho una política de información en ese sentido, y me atrevería a decir que por parte de la Administración casi ha sido la única política, la de decir: Use usted el preservativo, que se va a sentir usted protegido. Mucha gente que haya recibido y asimilado durante estos años esa campaña probablemente estos días ha tenido que poner cuanto menos en entredicho que esa protección haya sido real. Yo creo que, por parte de la Administración, falta en este momento una rápida aclaración de cuál es la situación, y yo creo que tiene usted hoy la oportunidad aquí, en el Parlamento, de decirnos si conocía la Administración, usted, como Ministra de Sanidad, estas deficiencias, desde cuándo, si es que las conocía, qué se ha hecho por parte de la Administración para subsanarlas o qué se piensa hacer a corto plazo para garantizar la calidad de los preservativos y para que las personas que accedan voluntariamente a su uso lo hagan con las máximas garantías posibles, como digo, habida cuenta de que, junto con la información plural de todas las opciones, ésta es una opción preventiva de la posibilidad de extensión de la enfermedad. Por tanto, yo creo que usted tiene que decir algo a esta Comisión y aprovechar para dar un mensaje, si es que hay que dárselo, a la opinión pública sobre estos informes que han aparecido estos días en los medios de comunicación.

Yo no quiero tampoco extenderme mucho más, porque prácticamente todo lo que quería decir está dicho, pero sí quiero terminar mi intervención reafirmando lo que nosotros consideramos debe ser una política global contra el sida. Primero, debe hacerse desde el consenso real con todas las administraciones y con todas las sensibilidades, no sólo políticas, sino también sociales, religiosas y de toda índole para que realmente pueda ser una acción preventiva eficaz y coherente de lucha contra el sida. Debe hacerse, por tanto, partiendo de la base de que la prevención y la información tienen que ser formativas; es decir que no podemos contentarnos exclusivamente con acciones coyunturales, esporádicas, de carácter informativo, sino que deben ser acciones formativas en las que debe involucrarse a los padres, a los educadores, a las asociaciones y a los colectivos de profesionales de los medios de comunicación, y que deben partir de las diferentes sensibilidades y de las diferentes opiniones de toda índole que tiene cada persona en el ámbito de su libertad ideológica y religiosa para afrontar la lucha contra el sida. Primera premisa fundamental.

Segunda, debe entenderse como una asistencia no sólo sanitaria, sino social. Hay deficiencias importantes en el ámbito de la asistencia social, en casas, en residencias, en atención a enfermos terminales. Debe entenderse que la población penitenciaria es uno de los focos en este momento prioritarios en los que tenemos que volcar nuestros esfuerzos y que la atención en las prisiones debe partir del mismo principio que para el resto de la población en general. Una persona que está en prisión no está privada del derecho a la salud, sino de la libertad, y la afirmación que el anterior Secretario de Salud hizo en esta misma Comisión reconociendo que no todos los internos estaban siendo tratados con AZT, por ejemplo, es un reconocimiento de que se está distinguiendo en dos categorías de personas a la hora de afrontar el tratamiento de los enfermos de VIH.

Está dicho en un acta de esta misma Comisión por el señor Secretario de Salud, y eso nos parece grave, porque además es una población no solamente de riesgo, sino de un potencial de asimilación de la enfermedad de VIH.

Tercero, hay que partir de la radiografía de lo que es el sida en nuestro país, donde está creciendo. La población heterosexual está creciendo de forma exponencial, hemos multiplicado por más de tres la tasa de incidencia en la población heterosexual, y hay que hacer, por tanto, campañas destinadas a la población en general sobre los riesgos que ocasionan determinadas conductas, y hay que hacer también campañas específicas entre la población que practica la prostitución, sea masculina o femenina, pero no sólo, insisto, campañas esporádicas, sino mantenidas en el tiempo, que permitan ser realmente preventivas.

Otro de los temas importantes de la política que debe seguir el sida en nuestro país es el de la autosuficiencia en los bancos de sangre. Nosotros no podemos seguir siendo un país dependiente de la importación de sangre, tenemos que tender a la autosuficiencia y, por tanto, a las máximas garantías, no solamente en los temas de donación de sangre, sino también en el tema de trasplantes, sobre el que en este momento puede haber alguna duda. Por tanto, prevención formativa, asistencia no sólo sanitaria, sino social, atención prioritaria a instituciones penitenciarias y a la población heterosexual, que en este momento tiene una tasa de incidencia muy importante, y por último el tema, como he dicho, de las donaciones de sangre, en el que tenemos que tender a la autosuficiencia.

Creo que si se hiciera una política mantenida en el tiempo, con menos cambios, con menos vaivenes y mucho más sistematizada, centrándonos en estos temas, se podrían conseguir objetivos que, por lo menos, ayudarían a que las tasas de incidencia en nuestro país no tuvieran en este momento el porcentaje que tienen y que pudiéramos empezar a compararnos en otros términos con los países de nuestro entorno.

Para terminar...

La señora **PRESIDENTA**: Le ruego, señor Robles, que vaya terminando.

El señor **ROBLES OROZCO**: Iba a decir, señora Presidenta que, para terminar, esperaba que el plan trienal que nos anunció el Secretario de Salud en la última Comisión del 2 de noviembre fuese hoy explicado por la Ministra. Yo esperaba que ese plan trienal de acciones concretas, con fechas, con proyectos, que anunció el Secretario de Salud hoy lo anunciara la Ministra. No ha sido así y, por tanto, nos veremos obligados a solicitar de nuevo información a la Administración de cuál es el contenido de ese plan trienal, no desde el ámbito, una vez más, de las acciones de reuniones o comisiones, sino de acciones concretas, con fechas, con datos, con programas, que es lo que entendemos nosotros que debe ser un plan de lucha contra el sida.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gazagaetxebarria.

El señor **GAZAGAETXEARRIA BASTIDA**: Primero queremos agradecer a la señora Ministra de Sanidad y Consumo la información que amablemente ha aportado a los Grupos Parlamentarios.

Señora Ministra de Sanidad, a juicio del Grupo Vasco, en la aplicación del Plan nacional del sida se ha producido un funcionamiento débil y estanco desde su creación el año 1987. Durante los años que han transcurrido desde su puesta en marcha se han realizado, a nuestro entender, pocas cosas, no funcionando debidamente en prevención ni en asistencia. Ahora bien, es cierto que los últimos meses el Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto en marcha una política de colaboración con las Comunidades Autónomas, en la medida en que se pretende que éstas participen en la responsabilidad de la ejecución y de la puesta en marcha del Plan Nacional del Sida. Así sabemos que en el ámbito asistencial juega un papel importante la Comunidad Autónoma de Madrid; en el ámbito de la epidemiología, la Comunidad Autónoma de Cataluña, y en el ámbito de la prevención los responsables sanitarios de Comunidades Autónomas como la del País Vasco. No obstante, nos parece que también Comunidades como Asturias y Galicia están desempeñando un papel importante en colaboración con la Secretaría general del Plan, y nosotros estimamos como positivo ese aspecto de colaboración y de trabajo en común entre la Secretaría del Plan y las Comunidades Autónomas.

A nuestro juicio, señora Ministra, las acciones prioritarias que debería desarrollar el plan se centrarían fundamentalmente en el ámbito de la prevención, con el objetivo principal puesto en prevenir y evitar la infección por el virus. Por ello, nosotros le sugeriríamos los siguientes planteamientos. En primer lugar, en el Pleno de política general que tuvo lugar la semana pasada se aprobó una propuesta de resolución del Grupo Parlamentario Vasco en la que solicitábamos la incorporación oficial al currículum de la enseñanza secundaria obligatoria de la educación sobre el sida. Nos llamó la atención que el Grupo Parlamentario Socialista votara en contra y que saliera con la posición favorable del resto de los grupos de la oposición; no obstante, es un avance importante. Las fundaciones, los movimientos que están participando en la lucha contra el sida creo que han acogido con satisfacción la propuesta aprobada. Confiamos en la sensibilidad del Gobierno para que se cumpla el mandato parlamentario.

En segundo lugar, desde el Grupo Vasco, señora Ministra, entendemos que se debe lograr que los fabricantes de los preservativos tendieran a un modelo de elaboración de envases que contuviera dos unidades, que se vendiera en el mercado a un precio asequible, más o menos a unas 100 pesetas, en farmacias, en máquinas expendedoras, en grandes superficies. Ello exige, señora Ministra, la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, la Secretaría del Plan y el consenso y la participación de otro Ministerio de la Administración central, de los colegios farmacéuticos y también de los mismos fabricantes e importadores de pre-

servativos, puesto que esta medida, en definitiva, lo que pretende es que los jóvenes, cuando empiezan a desarrollar una vida sexual, tengan la posibilidad de adquirir los preservativos a un precio asequible, puesto que todos sabemos el precio de los preservativos en las farmacias. Por ello, planteamos el que, en estas campañas que puedan diseñarse desde la Secretaría General del Plan en colaboración con las comunidades autónomas, se fuera a ese modelo de colaboración también con los colegios farmacéuticos y los fabricantes de los preservativos y hacer más exigible la adquisición de los mismos, bien en establecimientos al público, grandes superficies, etcétera.

Desde el Grupo Vasco le reiteraríamos que el ámbito de la prevención nos parece que sería el fundamental, en función de los problemas que tenemos actualmente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida porque, en primer lugar, parece que el sida va a existir siempre, de aquí en adelante, visto el importante número de casos y de personas infectadas por el mismo. En segundo lugar, como usted ha dicho correctamente, por ahora no existe una vacuna adecuada y eficaz en perspectiva. Y, en tercer lugar, España es el país europeo con mayor número de casos de sida por millón de habitantes, teniendo en cuenta que en el conjunto del Estado desde 1991 se produce más de un caso de diagnóstico al año por cada 10.000 habitantes. Se decía también por su parte que el número de casos va a aumentar, y es cierto, en los próximos años, debido al período de tiempo que tarda en desarrollarse el virus de la inmunodeficiencia humana.

Nos parece muy llamativo el espectacular incremento que se ha producido por la infección del virus en los usuarios de drogas por vía parenteral y también nos llama la atención el incremento proveniente de casos de relaciones heterosexuales, que usted bien decía que tenían una incidencia por los usuarios de drogas por vía parenteral, así como un incremento importante en cuanto a los receptores de hemoderivados en el conjunto del Estado.

Por ello, señora Ministra, le reitero que entendemos que las actuaciones de los poderes públicos, del Ministerio que usted dirige, de la Secretaría del Plan y de las comunidades autónomas, han de ir dirigidas a la prevención y, sobre todo, a concienciar a los jóvenes sobre esta enfermedad para cuando verdaderamente se desarrollen y adquieran una madurez para el inicio de sus relaciones sexuales.

A nuestro juicio, no tenía sentido la existencia del subcomité de prevención, que estaba en la Secretaría del Plan, tal y como hasta ahora era entendido. Pensamos que había que poner en marcha, que ejecutar todas las medidas que anteriormente le he indicado puesto que, en definitiva, ese subcomité de prevención efectuaba una labor un tanto genérica y etérea que, a nuestro juicio, puede ser corregida por la decisión tomada en la última reunión de la Comisión Nacional en la que se ha acordado también la reforma de la estructura y de las funciones de la Secretaría del Plan Nacional. Nos parece que hay que establecer un subcomité ágil, decisivo, de carácter operativo que, de forma coordinada y en colaboración con las comunidades autónomas, fije y concrete con los responsables de las administraciones sanitarias las actividades a realizar, a poner en marcha.

Nuestro Grupo Parlamentario, señora Ministra, sin perjuicio de esos tres grandes objetivos a los que hemos dado prioridad en la primera parte de mi exposición, en un segundo plano le sugeriría, creo que usted lo ha mencionado, otro tipo de actuaciones, como las relativas a que las subvenciones y las campañas de ayudas dirigidas a las organizaciones no gubernamentales vayan a cumplir objetivos prioritarios en el campo de la prevención, de forma que estas organizaciones no gubernamentales cubran aquellas parcelas, aquellas áreas a las que no llegan suficientemente o en debidas condiciones las administraciones sanitarias, y que estarían relacionadas, en primer lugar, con el mundo de los toxicómanos, con un programa de intercambio de jeringuillas (puesto que el 60 o el 65 por ciento de los infectados por el virus de la inmunodeficiencia adquirida son los usuarios de drogas por vía parenteral); en segundo lugar, con los grupos de autoapoyo y, en tercer lugar, con el grupo de la prostitución.

En un segundo orden de consideraciones, le indicaría también que la realización de campañas de prevención de sida, que usted ha mencionado que se iban a efectuar a lo largo del segundo semestre de este año, nos parece que pueden ser válidas y efectivas. Creemos que no tienen que ser muy genéricas sino referirse a temas muy concretos, de forma que el mensaje llegue directamente al usuario y a quien pueda quedar infectado, puesto que, en definitiva, podemos ser todos los ciudadanos, vistos los diferentes casos, motivos y orígenes: por las transfusiones, por la recepción de hemoderivados, por las relaciones heterosexuales y homosexuales. Por lo tanto, todos somos hipotéticamente personas susceptibles de poder haber adquirido el virus en alguna ocasión.

Señora Ministra, quiero señalar que el otro ámbito diferenciado e importante, a nuestro juicio, es el asistencial. Usted no ha hecho referencia al mismo, pero es un problema que se va a producir en el Estado. En este momento, como se decía, en España hay 22.655 personas que ya han desarrollado el virus, pero hay alrededor de unas 100.000 personas que tienen el virus adquirido y que lo van a desarrollar en los próximos años. Eso va a originar un problema asistencial muy importante, tanto para el Instituto Nacional de Salud como para los servicios de salud autonómicos. En definitiva, va a suponer un esfuerzo presupuestario importante en materia de recursos sanitarios y, por lo tanto, yo creo que también es un aspecto a tener en consideración.

Finalizo indicando que creemos que la política que se está realizando en materia de prevención del sida, desde la colaboración, desde la ayuda y la coordinación entre la Secretaría del Plan Nacional con las administraciones sanitarias autonómicas, es adecuada y es la línea por la que hay que seguir, con las correcciones o las sugerencias que nuestro Grupo le haría en relación al aspecto fundamental de la prevención. En definitiva, el camino y la salida para evitar la mayor adquisición de este virus por parte de los ciudadanos creemos que es la que está diseñada por parte de los poderes públicos sanitarios, centrales y autonómicos, a través de la Secretaría General del Plan.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Señoras y señores Diputados, deseo agradecer, en primer lugar, la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y hacer hincapié una vez más, por entender que es conveniente recordarlo, en alguno de los aspectos epidemiológicos del sida, sobre todo con la finalidad de entender mejor tanto su incidencia actual como también la que nos puede deparar en el futuro y, en consecuencia, las posibles medidas a tomar en relación a su prevención, tratamiento adecuado de los casos actuales —los que se han presentado— y también las consideraciones sociales que esa grave enfermedad comporta en los momentos actuales. De manera que las mismas características de las vías de contagio y mecanismo de transmisión, como se ha dicho, tienen un período de incubación muy variable, no exacto, pero fundamentalmente muy largo, pudiendo llegar incluso a más de 10 años. Además se carece de un tratamiento etiológico causal que sea eficaz, estando en fase de experimentación aún las vacunas. Pero, tal vez, sea lo más importante en este sentido las actitudes y comportamientos sociales, tanto frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana como las actitudes y comportamientos sociales frente a la enfermedad del sida. Todo esto ha hecho, está haciendo y aún hará que vayan aumentando los casos registrados. Porque hay que recordar también, una vez más, que infección y enfermedad no son lo mismo, y que en el camino que va de una a otra, es decir, del contacto e infección del sujeto por el virus hacia el desarrollo de la enfermedad del sida, sólo vemos una parte yo diría que relativamente pequeña. Dicho de otra forma, los enfermos del sida que desarrollan la enfermedad son relativamente pocos frente al mayor número de infectados y, aún más, frente a la cantidad de personas que han tenido, por lo menos, un contacto con el virus. Porque —y menos mal— no todos desarrollarán la enfermedad, pero —y esto es lo peor— los infectados sí que representan en buena parte, una importantísima fuente o foco de infección. Por la importancia epidemiológica que representa, conviene tener presentes los grupos de riesgo y sus hábitos. La conveniencia de control analítico en la búsqueda y detección de anticuerpos es la única forma de saber cuáles son los infectados y, aunque no debe ser obligatorio, sería muy positivo someterse a las pruebas analíticas por iniciativa propia. Por otra parte, los hábitos de vida saludable, puesto que ayudan a que no se desarrolle la enfermedad en el individuo infectado, también tienen importancia, así como —y es preciso puntualizarlo— la necesidad de más de una infección, es decir, de reinfecciones, para que se desarrolle la enfermedad, de manera que difícilmente con una sola infección desarrollaría la enfermedad un sujeto normalmente sano y además con unos hábitos de vida saludables.

No es extraño, pues, ante estas situaciones y circunstancias, el aumento e incidencia de la enfermedad, a lo que hay que añadir que con mejoras sanitarias también se observará —como se ha dicho anteriormente— un aumento

de la supervivencia que, como es lógico, comportará un incremento de las necesidades asistenciales de todo tipo, de recursos humanos, así como, por consiguiente, de mayores aportaciones de recursos económicos, de forma que nuestra sociedad ha de adaptarse a convivir con el sida, de la misma forma que, en otros momentos históricos, ha tenido que adaptarse a convivir con otras enfermedades.

Hemos hecho hincapié en la diferenciación entre infectados y enfermos, de tal manera que, incluso la definición de sida ha ido evolucionando —como ha dicho la señora Ministra— y se ha ido unificando por recomendación de la OMS, y así, a partir del presente año —como se ha citado— se han incluido la tuberculosis pulmonar, la neumonía bacteriana recurrente y el carcinoma invasivo de cuello de útero como criterios para considerar enfermos a aquellos infectados —a aquellas personas sobreinfectadas que decíamos anteriormente— por un virus VIH.

Dicho esto, de los datos publicados en el Boletín Epidemiológico de Cataluña sobre la vigilancia epidemiológica del sida que hace referencia a la frecuencia, mortalidad y supervivencia, edad y sexo, enfermedades indicativas, así como grupos de transmisión o bien los casos pediátricos —considerados los que se desarrollan antes de los 13 años—, podremos sacar una serie de conclusiones y hacer una serie de comentarios.

En primer lugar, se observa una estabilización en la tasa de incidencia, aun cuando —y deducido de lo que se ha dicho anteriormente— ello no permite conocer si el número de infectados por el virus aumenta o disminuye. Lo ideal sería, en este caso, hacer el control analítico que hemos recomendado.

En segundo lugar, la mejora de la profilaxis de las infecciones oportunistas y de la propia terapia antiviral en los asintomáticos, puede haber motivado incluso un incremento en el período de incubación de la enfermedad; aquel tiempo que va desde la infección al momento en que aparecen ya los síntomas, lo cual también, a su vez, puede contribuir a la mencionada estabilización de la tasa de incidencia.

En tercer lugar, las características demográficas y epidemiológicas generales, por otra parte, no han variado sustancialmente, la epidemia se concentra en áreas urbanas y la mayoría de los casos se han infectado por uso de material contaminado al administrarse las drogas por vía intravenosa, como se ha dicho.

En cuarto lugar, por otra parte, se confirma la tendencia del aumento de edad en las mujeres diagnosticadas.

En quinto lugar, aun cuando el número de casos acumulados en los que la vía de transmisión ha sido la heterosexual es relativamente bajo, en comparación porcentual, en relación con los casos provenientes del uso de material contaminado por la administración de drogas vía intravenosa, el grupo de transmisión heterosexual ha experimentado en el año 1993 un incremento porcentual más alto. Lo que pone de manifiesto la importancia que tienen los hábitos en la población de riesgo. Actualmente, según los datos que se tienen en la Generalitat de Cataluña, en el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, representa ya un 13 por ciento del total de los casos.

En sexto lugar, las enfermedades más frecuentes en los casos diagnosticados han sido la neumonía y la tuberculosis extrapulmonar.

Y finalmente, en séptimo lugar, se continúa corroborando una estabilización en la tasa de letalidad —de 600 a 700 días—, en la supervivencia, y un incremento en la media de supervivencia de esos pacientes.

Por tanto, creemos que hay que tener en cuenta todo lo que se ha expuesto como conclusiones o comentarios para poder hacer un plan que sea lo más eficaz posible ante un hecho que difícilmente vamos a solucionar en un corto plazo.

Quisiera reiterar nuestro agradecimiento a la señora Ministra por su comparecencia.

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

El señor **GIMENO ORTIZ**: Señora Presidenta, el Grupo Parlamentario Socialista desearía agradecer, una vez más, la presencia de la señora Ministra en esta Comisión de Sanidad y Consumo, valorando que esta comparecencia se celebre a petición propia, para informarnos sobre la situación de la infección VIH (SIDA), de los proyectos realizados o las acciones desarrolladas por el Plan Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y las acciones prioritarias a realizar para este año 1994 o para el binomio 1994/1995; valoración que entendemos como expresión de una clara voluntad política y sensibilidad social de su Departamento, no solamente por darnos una información periódica sobre la situación de la enfermedad, sino también por ir adaptando y coordinando tanto los distintos niveles asistenciales o sanitarios dentro del Sistema Nacional de Salud, como las diversas instituciones y las distintas administraciones sanitarias implicadas competencialmente en la lucha contra esta enfermedad; es decir, esa labor que el Ministerio, y usted a la cabeza, vienen realizando encaminada a hacer unas políticas sanitarias a través del consenso.

Ya en su primer contacto con esta Comisión, cuando expuso las líneas prioritarias sanitarias del Ministerio, realizó una mención expresa al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En noviembre de 1993, el propio Secretario General de Salud, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, nos permitió adquirir un conocimiento más profundo sobre las perspectivas de la política de salud en relación con esta enfermedad, y, en realidad, esto es lo que confirma la voluntad expresada con anterioridad.

Sin embargo, yo, señora Ministra, la quería felicitar porque lo que usted nos ha expuesto hoy difiere, en parte, con lo que nos comentó el Secretario General de Salud, en el sentido de que ha profundizado y concretado medidas puntuales para desarrollar en los próximos años y, por tanto, le felicito de que usted no nos cuente las mismas cosas que el resto de su equipo. Lógicamente, ello indica que está clara la dirección política que viene marcando su Departamento, donde hay una continuidad en las ideas, una continuidad en los hechos y en la acción política.

También la quería felicitar, señora Ministra —hoy, por lo visto, estamos de felicitaciones—, así como al Gobierno, en el sentido de que los casos postransfusionales han decrecido, lo cual indica que las medidas factibles a corto plazo han dado su fruto. En una reciente intervención en el Pleno del Congreso exponíamos que del número de casos acumulados desde el año 1981 hasta diciembre de 1993 —de 22.655 en 1981 hasta ese entonces— el 1 por ciento correspondía a transfusiones y nos preguntábamos qué ocurría mientras tanto en Europa, y se citaba que, según datos del Centro Europeo para la Vigilancia del Sida, radicado en París, la media de casos acumulados en el mismo período de tiempo, pero con tres meses menos —los cálculos los tenían desde 1981 a septiembre de 1993, es decir, a falta de ese último trimestre de 1993— era del 2,4 por ciento.

Los datos de la situación actual de la pandemia VIH Sida en el contexto internacional y en España, según usted nos ha explicado —cosa fundamental para avanzar en la lucha contra la enfermedad— a mí me han servido desde el punto de vista pedagógico; desconozco si para otros grupos han cumplido el mismo fin. ¿Por qué digo esto? En primer lugar, porque, si yo no he entendido mal, los datos de incidencia, tanto acumulada como anual, no indican que haya una tendencia a la regresión, tanto en el contexto internacional como a nivel de España, si bien es cierto que a consecuencia del largo período de latencia o de incubación de la enfermedad no son un parámetro evaluador para ver la situación del sida. Este período de latencia —a pesar del esfuerzo que está realizando la administración sanitaria, totalmente coordinada con las distintas administraciones autonómicas a través de la vía del consenso, así como con otras instituciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales implicadas— explica perfectamente por qué algunas personas hablan de la extrema gravedad de la situación dentro de ese contexto, es decir, que esto, desde el punto de vista epidemiológico, tiene una explicación clarísima.

En segundo lugar, yo creo, señora Ministra, que sería necesario, a la vista de lo que a veces se oye, explicar a los ciudadanos y a los medios de comunicación, como colaboradores y difusores importantes de la información sanitaria, que la nueva definición de casos de sida incrementará el número de ellos, pero también es verdad que, simultáneamente, permitirá realizar un diagnóstico precoz y, en consecuencia, la adopción de medidas específicas. Creo que esto es cada día más importante, en vista de lo que en esta propia Comisión se puede oír a algún grupo político.

En tercer lugar, creo que los datos que usted ha facilitado nos permiten a todos los grupos políticos tener un conocimiento mucho más profundo de la importancia relativa de las distintas prácticas de riesgo o categorías de transmisión, que permitirá al Ministerio, a las distintas administraciones implicadas, continuar incidiendo en los colectivos más vulnerables de la enfermedad.

¿Por qué se oye decir a veces que las medidas sanitarias en otros países dan un fruto mejor que en nuestro propio país? Creo que usted, señora Ministra, lo ha explicado perfectamente al darnos los porcentajes de categorías de

transmisión en España, donde el porcentaje superior corresponde a los adictos a drogas por vía parenteral, que todos conocemos que son un colectivo que tiene muchísimas dificultades, por la misma idiosincrasia del colectivo, para tener acceso a los servicios sanitarios. Por ello, una de las medidas que se han adoptado en muchas comunidades autónomas es la incardinación de la lucha contra el sida dentro del contexto general de programas contra las toxicomancias.

Por otro lado, el Grupo Parlamentario Socialista entiende que las acciones a desarrollar a través del Plan Nacional del Sida, coordinadas y consensuadas con las distintas comunidades autónomas, departamentos implicados, etcétera, son un avance importante, un avance fundamental. Ha sido un avance tanto la creación del Comité Asesor Clínico como toda la reestructuración de las distintas subcomisiones de epidemiología, prevención, asistencia, formación e información, así como otras de las muchas medidas que usted ha anunciado: perfeccionamiento de los sistemas de registro, análisis de la evolución de la epidemia a través de encuestas de seroprevalencia —que también ha sido, digamos, validado por los distintos portavoces—, programas específicos de prevención a colectivos de adictos a drogas por vía parenteral y a colectivos específicos —usted ha mencionado en concreto el colectivo de la prostitución—, e independientemente de esto quizá sea bueno recordar que no solamente en distintas comunidades autónomas, como puede ser la de Madrid, sino que también en otras, por ejemplo en Extremadura, hay estudios para valorar la mayor o menor importancia de la transmisión sexual a través de la prostitución, pero siempre exceptuando el factor del consumo de drogas por vía parenteral. Me parece francamente elogiable el intento de coordinar todas estas acciones encaminadas a la formación e información sobre estos colectivos y los estudios de seroprevalencia, así como el desarrollo de programas de ayuda y asistencia domiciliaria, etcétera. No voy a hacer una enumeración de todo lo que usted ha expuesto, pero sí quiero decir que estas medidas expuestas por la señora Ministra permitirán ir yugulando la transmisión de la enfermedad, mejorar la asistencia a enfermos e infectados y un conocimiento más profundo de la enfermedad y, en consecuencia, de su evolución.

Yo entiendo, señora Ministra, que el Ministerio hace bien al intentar el consenso, así como que la prevención hay que hacerla a través de la información; la formación es un paso distinto. Es decir, ¿puede una persona llevar un mensaje a la esfera cognoscitiva? Por ejemplo, el hábito de fumar tabaco es perjudicial para la salud; a pesar del conocimiento que, por razones obvias, poseo, sigo fumando. La consecuencia es que mi esfera volitiva dice que voy a seguir fumando. Usted parece ser que intenta llegar a la esfera coercitiva, y, en ese sentido, yo tengo que felicitarle por el hecho de que la labor del Ministerio sea una labor clara de información para llegar, de manera voluntaria, a esa formación sanitaria.

Si me permiten, desearía hacer dos pequeñas reflexiones y una pregunta. Las dos reflexiones, que son muy sencillas, quizá podrían permitir que no se viniera a la Comi-

sión de Sanidad a decir siempre lo mismo sin cambiar ningún tipo de argumento. Algún portavoz ha dicho lo mismo que se dijo en la comparecencia de noviembre y ni siquiera se han cambiado las cifras estadísticas que se emplearon en aquella comparecencia cuando, entonces, el Secretario General de Salud empleó cifras hasta septiembre del año pasado y usted, señora Ministra, las ha actualizado hasta diciembre de 1993.

Una primera reflexión —siempre con un interés constructivo— estaría en relación con la conveniencia en un futuro, si se estimase oportuno, de fijar o definir indicadores en atención primaria para el seguimiento de la infección por VIH, toda vez que es clara la voluntad del Ministerio de ir incardinando en estos problemas de salud pública en sus aspectos sanitarios sociales a los equipos de atención primaria.

La segunda estaría relacionada con el análisis de los estudios clínicos sobre terapia precoz de seropositivo. Estos estudios podrían hacer necesario, incluso prioritario, que la Administración sanitaria precisase más —si usted quiere, podemos decir clarificase— las autorizaciones de uso de estos medicamentos, ya limitada su utilización en otros países según los resultados preliminares que han sido confirmados posteriormente. Dos reflexiones más en el ámbito totalmente constructivo podemos hacer en este sentido, sin ser reiterativos con las otras dos que se hicieron en la Comisión anterior. Una de ellas era la forma de tabular los datos. Entendíamos que no tenían que ser exclusivamente datos acumulados, sino que debían tratarse como en cualquier otra enfermedad; hablábamos de la promoción de los retrovirales, tanto para la población general como para distintos profesionales que están implicados en el problema: sanitarios, farmacéuticos, etcétera.

La pregunta que quería hacer —ya finalizo, señora Ministra— es si nos podría informar de las líneas prioritarias para que los profesionales de la atención primaria adquieran el protagonismo necesario en el abordaje de esta enfermedad a que usted hacía referencia, limitación de cometidos, coordinación con los recursos sociales y nivel especializado.

Sólo me resta expresar muy brevemente la satisfacción del Grupo Parlamentario Socialista por la explicación que la señora Ministra ha dado en relación con el cese, sin poner en duda, lógicamente, la honorabilidad del señor Artundo. Entiendo que a veces pueden emitirse opiniones partidistas, pero las razones expuestas de confusión, de error de planteamiento, etcétera, han sido totalmente satisfactorias, y no entendemos cómo grupos que tienen una aspiración urgente para llegar al Gobierno pierden diez minutos en una Comisión de Sanidad para un tema de esta categoría. En cualquier caso, señora Ministra, usted no se hubiese escapado, puesto que si no le cesa estaría explicando los motivos de su no cese.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuestas a las preguntas y cuestiones que han quedado pendientes o que han planteado SS. SS. en el turno de réplica a la señora Ministra, volvemos a dar la palabra a la misma.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Voy a tratar de ser breve, pero, al mismo tiempo, voy a tratar de contestar a algunas de las cuestiones que aquí se han suscitado.

En primer lugar, contesto al portavoz del Grupo Parlamentario Popular. Celebro, señor Robles, que mi intervención no le haya resultado difícil, porque mi intención al venir aquí no era dificultarle nada a S. S., sino hablar del sida. El alarde de conocimiento que S. S. ha hecho no hace sino facilitarme la explicación. Sin embargo, cuando se escucha, con esa valoración inicial, que nada nuevo va a oír S. S., a lo mejor pierde algunas de las cosas que yo he tratado de explicar, sin perjuicio de que seguramente tampoco he sido lo suficientemente clara.

Decir que he dicho lo mismo que venimos repitiendo, no es exacto, señoría. Cuando yo he hablado, en general, de sanidad, pero en particular hoy, por ejemplo, del sida —y lo he dicho en mi intervención—, trataba de hablar con sosiego de un asunto tan serio que deberíamos evitar utilizarlo para hacer chistes, frases fáciles o generalizaciones muy ofensivas para todo el que está padeciendo las consecuencias de esta enfermedad que también he citado. No estamos hablando sólo de un problema médico, sino de problemas de extraordinaria trascendencia para muchas familias, para muchos afectados, que constituye un problema social de primera magnitud. Sintetizar que todo lo que ha hecho el Ministerio de Sanidad en relación con el sida es la política de preservativos, como S. S. ha dicho, haciendo referencia a esos eslóganes tan utilizados sobre el preservativo, me parece una simplificación que le aseguro que a mí me daña, en la medida en que, como digo, sí se han hecho muchas cosas. Si es verdad que el Plan del sida le merece a S. S. la opinión de que ha ido lentamente, de que no ha sido lo suficientemente eficaz, ahora debería notarse más que sí se están haciendo más cosas.

Los datos que yo he dado —con la limitación de tiempo de que disponemos en estas comparecencias y con la intención de no cansar demasiado— se han referido a objetivos perfectamente definidos para los años 1994 y 1995, que han sido aprobados en una comisión de coordinación celebrada el día 20, y que son tan concretos como que se refieren a programas determinados, aunque cuando los he enumerado he percibido poca atención en lo que decía, señor Robles. Están planificados con fechas concretas, son programas que he catalogado en distintos grupos y que hacen referencia, en primer lugar, al conocimiento y análisis de la realidad de la epidemia, que no es una frase, sino que se manifiesta en el perfeccionamiento del sistema de registro, en la adaptación del sistema de información a las necesidades de los usuarios, en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en el conjunto del Estado, en el análisis de la evolución de la epidemia con las encuestas de seroprevalencia, cuya fecha de realización y de terminación está perfectamente programada. (El señor **Vicepresidente, Blázquez Sánchez, ocupa la presidencia.**) En el segundo ámbito he hablado de la prevención, de los programas de información dirigidos a la población en general, de los programas dirigidos a la población de drogodependientes, de los programas destinados a los jóvenes y a los

adolescentes. He hablado del tercer ámbito de programas dirigidos a la formación y apoyo del personal sanitario y también he dado detalles de cómo se va a realizar. He hablado de los instrumentos, porque no son meros pretextos administrativos, al menos esa opinión me merecen a mí. ¿O es que S. S. cree que la constitución del Consejo Asesor Clínico, de la que he dado cuenta en mi información, no tiene trascendencia alguna para el problema que estamos abordando? También he hablado de esos instrumentos y de los subcomités y de los cambios que se han introducido. He hablado de la coordinación entre el Plan Nacional contra la Droga y del Plan Nacional del Sida, de las organizaciones no gubernamentales de servicio en sida.

Finalmente, en un último apartado, que hace de cajón de sastre, he hablado de otras actuaciones que tratan de encajar en la respuesta del sistema sanitario social ante la epidemia, con la encuesta anual hospitalaria sobre atención a enfermos de sida y seropositivos; con los protocolos de derivación primaria especializada y viceversa; con el establecimiento de protocolos de manejo clínico, psicológico y social ante el enfermo de sida; con la identificación de necesidades de recursos de media y larga estancia y casas de acogida para enfermos terminales; con el fomento y desarrollo de programas de ayuda a domicilio, asistencia domiciliaria a pacientes. Y he hablado del conocimiento de actitudes sociales y comportamientos relacionados con el comportamiento sexual de los jóvenes, el intercambio de jeringuillas. He hablado de las prácticas de sexo entre la prostitución. He hablado de todas estas cosas que a S. S. no le suponen nada nuevo ni le merecen ninguna valoración. Pero lo que a mí me sorprende es que cuando me contesta y me dice las cosas que hay que hacer, entonces sí me habla otra vez de prevención, de la labor que hay que hacer con los padres y educadores, de trabajar en el ámbito de la prostitución... Cuando S. S. lo dice, deben ser iniciativas muy trascendentes y cuando lo dice la Ministra de Sanidad no es nada nuevo y suena a conocido.

Por otra parte, señor Robles, es difícil decir grandes novedades sobre el sida. Desde luego, yo no vengo al Parlamento a tratar de sorprender a nadie al hablar del sida porque lo que se sabe del sida naturalmente que S. S. lo sabe. Lo que he tratado es de informar con seriedad, con rigor, con la más absoluta objetividad de cuál es la situación y de cuáles son los datos que manejamos. Algún otro grupo sí ha sabido valorar el esfuerzo que supone que ya estemos en condiciones de dar los datos a diciembre de 1993. Esto no ha sido siempre así, señor Robles. Con el registro y la información de todas las comunidades autónomas, no siempre hemos estado en condiciones de dar los datos con este período de tiempo. Nosotros sí valoramos los esfuerzos que se están haciendo. Creemos que se ha mejorado en la información, creemos que la evolución de los datos, que a S. S. le suenan idénticos, no lo son. Es más, creemos que contienen algún signo esperanzador en la evolución, todavía pequeña, que se aprecia, pero que nosotros sí seguimos con mucha atención y tratamos de interpretar, por mínima que sea. Pero veo que a S. S. le han parecido iguales.

Me ha hablado de los preservativos, con esa referencia general de que es lo único que recomendamos. Si S. S.

tiene otras recomendaciones que hacer a la población, con carácter general, el Ministerio de Sanidad le agradecería que se las sugiriera porque el Plan Nacional del Sida y la Comisión Nacional del Sida fundamentalmente están para coordinar las actuaciones de todas las administraciones públicas involucradas en este asunto y ahí estamos todos. De manera que si además de recomendar el uso de los preservativos hay otras sugerencias que hacer a la población, yo y todo el Ministerio, le vamos a agradecer mucho que nos las diga.

En el asunto de los preservativos es verdad que hay problemas, como los hay en todos los ámbitos; problemas que estos días se han manifestado con alguna denuncia de asociaciones de consumidores sobre algunas marcas. Según la información que tengo —a partir del momento en que se ha formulado la denuncia—, las marcas de preservativos que se han denunciado son clandestinas, no están homologadas. En el ámbito de la Unión Europea se ha detectado con preocupación que hay defectos en preservativos que están en el mercado. Es decir, no ocurre sólo en España. El Ministerio lo ha puesto en conocimiento de las comunidades autónomas, que son las competentes para el control de la comercialización de los preservativos. Estamos trabajando en coordinación con ellas para realizar algunos exámenes y controles de cómo está el mercado y de cómo están los preservativos que están en el mercado. Tenemos ya casi todos los datos procedentes de las comunidades autónomas. Puedo decirle a este respecto que mañana viernes están convocados los 19 fabricantes de preservativos que hay ahora mismo para analizar los resultados de los controles de calidad efectuados en las comunidades autónomas y para plantear el asunto que me ha indicado el señor Gazagaetxebarría, que es esa propuesta de facilitar la adquisición a los jóvenes de envases de preservativos más asequibles, que se aprobó en la Comisión de Coordinación del sida. Va a ser analizado mañana para ver en qué disposición están los fabricantes para atender esa petición del Ministerio.

Sí hay problemas con algunos preservativos: unos porque son clandestinos, otros porque se conservan en lugares inadecuados. El problema no es tanto que estén mal fabricados, sino que los lugares donde se expenden, a veces a la intemperie, no reúnen las condiciones adecuadas y se deterioran. Hay otros que tienen defectos de origen que, como he dicho, estamos analizando en coordinación con las comunidades autónomas. Vamos a estar, dentro de muy poco tiempo, en condiciones de tener un informe completo. De manera que, en el asunto de los preservativos, naturalmente he conocido, como todo el mundo, lo que ha trascendido a la opinión pública, pero conozco, como tiene que ser, alguna otra información de que dispone el Ministerio de Sanidad.

Finalmente, voy a hacer algún comentario sobre la opinión que le merece la explicación que he dado sobre la destitución del señor Artundo. Coincido con la valoración que ha hecho el portavoz del Grupo Socialista. He tratado de explicarle, señor portavoz del Grupo Popular, con seriedad, las razones por las que fue destituido el anterior Secretario del Plan del sida. Efectivamente, a usted las razo-

nes no le interesan. Lo que le interesa es hacer de un cese o de un nombramiento un motivo de debate. El reproche de que cómo no acertamos todos y que si he nombrado a una persona tengo que tener la garantía de que acierta en todo lo que hace, me parece una broma. Desde luego, no es así. Nosotros no estamos ungidos por la infalibilidad. Ni yo ni ninguna de las personas que he designado tenemos garantía absoluta de acertar en todos y cada uno de los planteamientos que hagamos. Me conformo con que lo hagamos desde el convencimiento y la buena fe. Pero, sin duda, en su Grupo no es así. Todo el que es nombrado para un cargo acierta siempre y el que le ha nombrado no se ve en la necesidad de rectificar. No es mi caso, señor Robles. Yo nombré al señor Artundo, lo reitero, profesional de reconocido prestigio, y sigo manteniendo la misma opinión de él. No estuve de acuerdo en una iniciativa y creí que mi obligación, por las razones que he explicado —que tampoco le han interesado mucho—, era cesarlo. De ello he dado cuenta porque me lo han preguntado, pero constato que no es eso lo que le importa, sino hacer comentarios sobre los nombramientos y los ceses. Por otra parte, cambiar a las personas de sitio tampoco me parece una cosa criticable en sí misma —ha hecho usted un chiste de tanto cese—; es normal y hasta creo que bueno. Siento que no le hayan satisfecho mis explicaciones, pero es todo cuanto tengo que decirle.

Al portavoz del Grupo Nacionalista Vasco quiero agradecerle su intervención. Me parece que lo fundamental de la Secretaría del Plan Nacional del Sida, si hubiera que sintetizar en una función, es la coordinación. En ese sentido, la coordinación con las comunidades autónomas es fundamental. Creo que la coordinación con los responsables de las comunidades autónomas está funcionando extraordinariamente bien. Se está trabajando en un clima de cooperación que es eficazísimo. Por tanto, coincido con S. S. en que esa labor de coordinación con las comunidades es esencial.

En cuanto a la incorporación de la enseñanza del sida a la escuela, está ya como asignatura transversal la Educación para la Salud. Parece que ésa puede ser una explicación a esa interpretación. La Educación para la Salud se incorporó como asignatura transversal a la Educación General Básica. Seguramente se ha entendido que en esa asignatura de Educación para la Salud está incluida la información y la educación sobre el sida, de la misma manera que están incluidas otras informaciones sobre salud que son fundamentales en esa etapa de formación. Si le sirve a S. S. esta explicación, me parece que es la razón de lo que se produjo en el debate de la moción. En todo caso, estamos de acuerdo con el fin, que es lo importante, que es enseñar en las escuelas el sida. Buena prueba de ello es que —aunque tampoco se haya valorado por algún grupo— el Ministerio ha suscrito un convenio con los Ministerios de Educación y de Asuntos Sociales, dirigido a hacer más eficaz y más presente la educación sanitaria en enfermedades de transmisión sexual y, por tanto, del sida. Coincido con S. S. en lo importante que es la transmisión de información a los adolescentes en la escuela.

Al señor Cardona le agradezco su intervención, que me ha resultado del mayor interés. Comparto lo que ha dicho, por tanto, no me ha dejado ninguna pregunta planteada.

Al señor Gimeno, Portavoz del Grupo Socialista, le agradezco su intervención y sus amables comentarios. Le agradezco, sobre todo, una cosa que no he querido decir porque no es fácil a veces valorar en positivo algunos resultados. Es cierto —celebro que lo haya puesto de manifiesto— que el contagio de sida que ha disminuido ostensiblemente es el debido a la administración de hemoderivados y a transfusiones. En esa disminución algo ha debido tener que ver la actuación de la Administración que, por fortuna, se ha generalizado, impidiendo estos contagios. Le agradezco que haya sido usted quien haya puesto de manifiesto ese dato, que ha sido irrelevante también para algún grupo, pero que a mí me resulta esperanzador porque en esa vía de contagio es en la única en la que la labor de la Administración, con la normativa, el control y la buena práctica en los centros sanitarios, es donde más capacidad tiene de hacerle frente, porque en los demás supuestos de transmisión estamos hablando de conductas personales en las que no es fácil incidir en corto plazo.

En cuanto a la información más detallada que me pide de cuál es la traducción en asistencia hospitalaria, en asistencia primaria, de lo que estamos haciendo, debo decir que está encargado al Subcomité de Asistencia y Formación del Plan Nacional del Sida. Muy brevemente voy a sintetizar la actividad. En primer lugar —los objetivos he tratado de exponerlos antes, pero voy a ceñirme un poco más a cosas concretas—, diseñar y realizar una encuesta hospitalaria sobre atención a enfermos de sida y seropositivos e identificar el consumo de recursos generales por los pacientes infectados por el VIH y en contacto con los servicios sanitarios. En segundo lugar, valorar la puesta en marcha de los documentos, ordenación de servicios para la atención sanitaria al paciente con infección por VIH, y recomendaciones para el control de la infección por VIH y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio sanitario. En tercer lugar, la monitorización y seguimiento de los protocolos de derivación de pacientes con infección de VIH de la atención primaria a la atención especializada, y viceversa. En cuarto lugar, el diseño y realización de un programa en coordinación con la Dirección General del Insalud y otros servicios de salud para la formación de personal sanitario, diplomados universitarios de enfermería, médicos de atención primaria y de prisiones, a través de las unidades de asistencia especializada, para establecer una red de profesionales que puedan dar asistencia de calidad a estos pacientes. En quinto lugar, identificación de necesidades de recursos para pacientes con etapas evolucionadas de la enfermedad. En sexto lugar, diseño de un programa de actualización y mejora de la atención sanitaria de drogodependientes con infección de VIH en el ámbito asistencial. En séptimo lugar, la revisión y puesta al día del documento sobre realización de pruebas diagnósticas de infección por VIH. Y en octavo lugar, el establecimiento de un grupo de trabajo específico, en coordinación con el Subcomité, para valorar el impacto y su repercusión

asistencial de la elevada incidencia de pacientes infectados por VIH y tuberculosis.

Respecto a los calendarios que le puedo dar a S. S. sobre estas iniciativas, para la encuesta hospitalaria se ha propuesto diciembre de 1994; la valoración de aplicaciones de los documentos y asistencia y precauciones universales —esos dos documentos a los que he hecho referencia—, octubre de 1994; el grupo de trabajo para el estudio de la repercusión asistencial de la tuberculosis en pacientes con infección por VIH, en mayo de 1994. Esta es la concreción que en este momento le puedo dar a su señoría.

Finalmente, quisiera aclarar que no hay dos tipos de pacientes de sida en prisiones, ni dos tipos de tratamiento. Las personas que están en prisión tienen, como el resto de los ciudadanos españoles, el acceso universal y gratuito al AZT y al DDI. Lo que ocurre es que hay un porcentaje de personas de las que están en prisión que han rechazado su uso por decisión propia, como lo hay, por otra parte, fuera de las prisiones también. De ninguna manera hay dos tipos de tratamiento. Los tratamientos que se siguen en las prisiones están coordinados con los que se siguen en otros sitios.

A estos efectos, me gustaría recordar que en el primer Consejo Interterritorial que presidí como Ministra de Sanidad y Consumo y que se celebró en septiembre, asistieron el Secretario de Estado de Instituciones Penitenciarias y el Secretario de Estado Delegado del Gobierno en el Plan Nacional sobre Droga, precisamente para coordinar la atención a los enfermos de sida y a los drogodependientes. Asistieron al Consejo, como digo, para tener la oportunidad de debatir allí con los responsables sanitarios de todas las comunidades autónomas. De manera que también manifesté alguna preocupación por esa coordinación en el tipo de atención; prueba de ello es esa convocatoria que se celebró en el mes de septiembre de 1993 y a partir de la cual hemos venido trabajando en la coordinación de esa asistencia.

No sé si me dejo alguna cuestión por responder, señorías, pero creo que esto es todo lo que me había anotado. **(El señor Robles Orozco pide la palabra.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Rogaría un breve turno porque he sido directamente aludido en alguna de las afirmaciones y de forma personal; no en cuanto a los contenidos, sino a las intenciones de mis afirmaciones. Creo que es conveniente que tenga la oportunidad de aclararlo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Sabe, señor Robles, que no existe turno de réplica.

El señor **ROBLES OROZCO**: No es un turno de réplica, señor Presidente, es un turno por alusiones.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Esta Presidencia no estima que haya habido alusiones directas y personales.

El señor **ROBLES OROZCO**: Señor Presidente, ha hecho alusiones a generalizaciones ofensivas que yo he hecho en mi intervención. Me gustaría saber cuáles son y, sobre todo, aclarar que nada más lejos de mi intención porque no las he hecho y porque no me permitiría, en ningún caso, hacer ni chistes, ni generalizaciones ofensivas. Me he limitado a hacer una afirmación que mantengo, y no en tono de crítica sino como constatación de una campaña mantenida como política de la Administración de fomento de la política de los preservativos. Me he limitado a pedirle explicaciones sobre un tema que creo que es importante que la opinión pública conozca y que el Ministerio aclare. No lo he hecho en términos de crítica. Me parece importante poder aclarar este tema. Como me parece importante también poder aclarar que, en ningún punto de mi intervención, ha habido afirmaciones coercitivas, sino simplemente la petición de mantenimiento de campañas de carácter formativo. Y añadido que me parece importante no perder diez minutos, sino incluso quince, hablando del cese de un señor que es el responsable del Plan Nacional contra el Sida. No es una cosa baladí, puesto que llevaba dos años sin ser nombrado, se le nombra y a los dos meses es cesado. Señora Ministra, eso en toda tierra democrática es fruto de debate en las comisiones políticas. Yo lamento...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Le pido que termine en diez segundos.

El señor **ROBLES OROZCO**: Terminó, señor Presidente.

Lamento que la señora Ministra tuviera la idea de que venía hoy aquí a darnos una conferencia, pero las comparencias en el Parlamento no son una conferencia, eso se hace normalmente en las universidades de verano.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Señor Robles, no había turno de réplica.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Quiero que conste en acta que el señor Robles ha utilizado un turno que no le corresponde.

— **PARA DAR CUENTA DE LAS GRAVES INSUFICIENCIAS DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III EN EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS QUE LE ATRIBUYE LA LEY GENERAL DE SANIDAD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC. (Número de expediente 213/000169.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Pasamos al siguiente punto del orden del día: Comparencia de la Ministra de Sanidad y Consumo para dar cuenta de las graves insuficiencias del Instituto de Salud Carlos III en el desarrollo de las competencias que le atribuye la Ley General de Sanidad, a solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, el Instituto de Salud Carlos III fue creado, como todos ustedes conocen por la Ley General de Sanidad como órgano de apoyo científico-técnico de los departamentos de Sanidad de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas. Para el desarrollo de sus funciones, la ley dispone la coordinación con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la colaboración con otras administraciones públicas.

La estructura, organización y régimen de funcionamiento del Instituto Carlos III se regulan en un decreto del año 1988, que lo define como un organismo autónomo de la Administración del Estado y le atribuye las mismas funciones que indicaba la Ley de Sanidad. La propia Ley de Sanidad establece que el Instituto se formará a partir de la integración de diversos centros procedentes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que tenían un origen y desempeñaban unas funciones heterogéneas. Esto es importante a los efectos de aclarar algunas cuestiones en esta comparecencia.

Por una parte, los centros nacionales actualmente situados en el área de Majadahonda (el de Alimentación, el de Farmacobiología, el de Sanidad Ambiental y el de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria), que tienen un carácter eminentemente científico-técnico. Por otra, el Centro Nacional de Investigación Clínica y Medicina Preventiva, producto de la fusión de los Hospitales del Rey, Victoria Eugenia e Infante Don Felipe, y con una actividad fundamentalmente asistencial.

Estas diferencias de naturaleza y funciones de los centros integrantes del Instituto de Salud Carlos III determinan una situación compleja sobre la que se ha venido trabajando a fin de lograr la adecuación del organismo en su conjunto a los fines que la ley le atribuye.

Creo que, a fin de que SS. SS. puedan valorar más exactamente la actuación y las perspectivas futuras del Instituto de Salud Carlos III, puede ser interesante destacar los principales rasgos de su estructura y funcionamiento. El Instituto cuenta, en primer lugar, con una plantilla de 1.638 personas, de las que realizan tareas de investigación algo más de la mitad, mientras que más de un 35 por ciento tiene funciones asistenciales en el ámbito del Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva. En materia presupuestaria, las dotaciones del Instituto han evolucionado de forma diferente, en función del tipo de gasto al que han sido destinadas y del momento en que se han producido las dotaciones presupuestarias.

Así, en los créditos destinados a gastos de personal, el incremento medio anual desde 1988 ha sido de un 6 por ciento, pasando de 4.330 a 5.999 millones de pesetas. Sin embargo, en el capítulo de gastos corrientes las cifras han seguido un camino bien distinto, ya que los 1.011 millones con que se contaba en 1988 ascendieron a 2.027 en 1990, para ir disminuyendo después hasta los 1.054 millones presupuestados para el presente año. Este dato es digno de subrayar ya que da una idea del esfuerzo adicional y del rigor en la gestión presupuestaria que requiere mantener una creciente actividad del organismo con unas disponibilidades similares a las existentes hace seis años.

Es también interesante destacar que los gastos en inversiones fueron muy importantes durante los primeros años de funcionamiento del Instituto, para hacer frente a las necesidades que tenía planteadas en cuanto a infraestructura y equipamiento. Pero, posteriormente, las asignaciones en el capítulo de inversiones han ido disminuyendo hasta los 117 millones de pesetas para el ejercicio de 1994, una cifra muy pequeña si se la compara con los 1.135 millones del año 1988, o los 1.199 de 1990.

Las inversiones realizadas en esos años han hecho posible que se cuente con una dotación de edificios, instalaciones e instrumental que satisfacen los requerimientos de las tareas que ha de desempeñar el Instituto. No obstante, la disminución presupuestaria ha conllevado que los gastos de mantenimiento, renovación y nuevas inversiones hayan sido sometidos a un estudio, evaluación y priorización muy estrictos en los últimos años.

Un aspecto significativo a resaltar es que el Instituto, por ser un organismo de apoyo y cooperación en materia de investigación y control, realiza muchas de sus actividades por encargo de entidades públicas o privadas, o en colaboración con ellas. Ello supone que debe ponerse especial cuidado en determinar las vías de financiación de estas actividades, diferenciando cuáles de ellas deben ser sufragadas, total o parcialmente, con cargo a los presupuestos del organismo y cuáles han de correr a cargo de otras entidades. De hecho, al ser el Instituto de Salud Carlos III, desde 1989, un organismo público de investigación, está legalmente habilitado para generar créditos en su presupuesto, bien por ingresos derivados de los contratos celebrados para la realización de trabajos de carácter científico o de asesoramiento técnico, bien por los recursos aportados por el sector público dentro del Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.

Es ésta una fuente de financiación que en 1993 ha supuesto 554 millones de pesetas, un 17,6 por ciento superior a la del año 1992, y que representa el 43 por ciento del conjunto de las partidas presupuestarias de los capítulos II y VI del ejercicio de 1993. Pero sobre todo representa cuál ha sido el incremento de esos encargos al Instituto de Salud Carlos III.

Los objetivos que la Ley General de Sanidad asignaba al Instituto se han dotado de una mayor concreción en diversas normas posteriores, especialmente en el ya mencionado Decreto de 1988 y en el que en el año 1992 determinó la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Para el cumplimiento de estos objetivos, el Instituto mantiene una variada gama de actividades, que pueden encuadrarse en tres grandes áreas.

En primer lugar, desempeña tareas derivadas de su concepción como organismo de referencia estatal en el diagnóstico, control de calidad, documentación e información científico-técnica.

Tanto el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria como el Centro Nacional de Retrovirus vienen prestando un apoyo muy importante en el campo del diagnóstico primario a hospitales y otras instituciones sanitarias; no obstante, la demanda de esta activi-

dad ha disminuido notablemente en los últimos años, seguramente porque ha mejorado la dotación humana y técnica en los hospitales de la red pública. De hecho, el número de muestras recibidas en el año 1989 para esta actividad fue de 34.753, disminuyendo paulatinamente los años siguientes hasta ser en el año 1993 de 9.967.

Sin embargo, estos centros han ido desarrollando y aplicando tecnologías más avanzadas que permiten llegar a un diagnóstico más preciso y a un conocimiento más profundo de los agentes patógenos, por lo que los mismos están actuando, cada vez en mayor grado, como laboratorios de referencia de más de 150 hospitales y centros sanitarios casi exclusivamente de la red pública. El número de muestras que se han recibido para las distintas áreas de trabajo ha sido el siguiente: En bacteriología, 9.087 en el año 1985, y 17.013 en el año 1993; virología, 571 en 1991 y 715 en 1993; parasitología, 1.348 en 1989 y 2.161 en 1993; en micología se inició la actividad en el año 1992 con 693 muestras, que han pasado en 1993 a 1.254.

Las enfermedades para cuyo diagnóstico se presta apoyo científico-técnico son la práctica totalidad de las infecciosas que se detectan en nuestro país, más alguna otra no conocida o erradicada, como el paludismo.

Por otro lado, las determinaciones que se realizan en el Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus en relación con el Sida han experimentado un proceso similar al indicado anteriormente, disminuyendo las correspondientes a un diagnóstico primario de la enfermedad a medida que se ha dispuesto de los medios adecuados en la mayoría de los centros hospitalarios de la red pública —en el año 1993, por ejemplo, se recibieron 1.140 muestras— y aumentando las dirigidas a la confirmación diagnóstica por tecnología más avanzada de aquellas muestras que plantean dudas a nivel primario de la red pública. En el año 1993 se recibieron un total de 2.615 muestras para confirmación diagnóstica, más otras 425 de diagnóstico pediátrico.

Con el fin de racionalizar y universalizar el uso de los procedimientos diagnósticos avanzados de que disponen estos centros en relación con hepatitis y sida, en el año 1993 se ha ofrecido a hospitales y bancos de sangre, tanto del sector público como privado, la firma de un convenio en el que se acuerdan las condiciones para hacer uso de estos servicios. En este período se han suscrito ya 20 convenios.

En el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria existe una importante colección de cepas patrón de virología, bacteriología parasitológica y micología. Esta colección, de un incalculable valor y costosa de mantener, permite disponer de un excelente control de referencia frente a un gran número de patologías.

Por su parte, el Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus posee también un excelente banco de líneas celulares de VIH positivo, de enorme utilidad para la homologación del material de diagnóstico frente a este virus.

Asimismo, se dispone de patrones secundarios para el control de la evaluación de medicamentos y de patrones específicos para el control de contaminación en el terreno de la sanidad ambiental.

El segundo campo de actuación en el que trabaja hoy el Instituto de Salud Carlos III son sus actividades como órgano de control en el área de los medicamentos, productos sanitarios, productos biológicos, alimentos, sanidad ambiental y productos químicos potencialmente peligrosos.

En el Instituto está ubicado el Centro Coordinador del Sistema Español de Farmacovigilancia, que recibe e informa a la Dirección General de Farmacia de las notificaciones de reacciones adversas a medicamentos. En 1993 se recibieron unas 6.000 notificaciones.

Al mismo tiempo, el Centro Nacional de Farmacología está realizando la puesta al día del Registro de Medicamentos en cada una de sus fases, pudiéndose trabajar sobre unos 500 expedientes al año, lo que permitirá que en 1995 pueda estar totalmente actualizado.

También se realiza un estudio continuo de la evaluación y control de mercado de productos biológicos —vacunas y hemoderivados— con un tiempo medio de evaluación de cada expediente de tres meses, que no plantea retraso.

De acuerdo con los planes nacionales de control de alimentos, se analizan anualmente más de 4.000 productos, con más de 12.000 determinaciones microbiológicas, químicas y bioquímicas, en cooperación con las comunidades autónomas.

El Centro Nacional de Sanidad Ambiental, en coordinación con la Dirección General de Salud Pública y el Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente, controla la contaminación atmosférica e hídrica, los radiocontaminantes en los alimentos y suelos y realiza el estudio toxicológico de sustancias tóxicas y peligrosas.

Además, el Instituto realiza las mediciones mensuales de los dosímetros de unas 4.000 personas profesionalmente expuestas a radiaciones y la medición de la contaminación radiológica de productos alimenticios.

En el área de la vigilancia epidemiológica, el Centro Nacional de Epidemiología, adscrito al Instituto, desarrolla múltiples actividades. Entre ellas, la recogida, agregación, análisis y posterior difusión de los datos suministrados por todas las comunidades autónomas sobre casos de enfermedades de declaración obligatoria; la gestión del registro nominal de los casos de sida y lepra; la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión alimentaria, de las sometidas a los programas de vacunación, y enfermedades respiratorias, legionelosis en viajeros y vigilancia de la zoonosis; la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual y hepatitis vírica, y el análisis de enfermedades importadas de vigilancia especial por la Organización Mundial de la Salud.

Toda esta información recogida, procesada y analizada en el Centro Nacional de Epidemiología, se traslada a las distintas autoridades sanitarias competentes, al personal declarante, a múltiples instituciones y a la comunidad científica en general a través del Boletín Epidemiológico y Microbiológico y de las bases de datos existentes en el Centro. Además, toda la información de la red nacional de vigilancia epidemiológica es accesible para todos los organismos de salud pública.

El Instituto participa, además, en seis programas de vigilancia epidemiológica europeos y de la Organización Mundial de la Salud.

La tercera de las áreas de actuación del Instituto es la correspondiente a su labor de investigación en apoyo del sistema nacional de salud en relación con los problemas de salud y, en particular, en el campo de las enfermedades infecciosas, inmunológicas y crónicas. En esta materia, el Instituto ha venido potenciando su actividad, de forma que se ha pasado de 19 proyectos de investigación con financiación externa en 1988, a 69 proyectos en 1993. De ellos, nueve tienen carácter internacional.

Por otro lado, el Instituto participa y colabora con otros organismos públicos y privados, con los que establece convenios de trabajo para el desarrollo de actividades técnicas en el marco de la innovación y desarrollo tecnológico, siempre que ello no perturbe la realización de sus funciones principales. El número de convenios ha aumentado desde los 29 suscritos en 1991 hasta los 51 concluidos en 1993.

Una mención expresa merece, a mi juicio, la labor del Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva.

Ciertamente, el marco legal del Instituto de Salud Carlos III no recoge expresamente el desarrollo de tareas de asistencia sanitaria, pero la adscripción de tres hospitales permitió la incorporación de personal con tareas y formación de carácter asistencial en sectores muy especializados. Ello ha abierto la posibilidad de transformar este Centro en órgano de referencia para determinados procesos de relevancia dentro del Sistema Nacional de Salud, como es el caso del sida, dado su elevado nivel de conocimiento en el campo de las enfermedades infecciosas.

Como sus señorías pueden comprobar con los datos que he tratado de enumerar sucintamente, la actividad del Instituto de Salud Carlos III ha crecido en los últimos años, al tiempo que se ha ido adaptando a las funciones que tiene encomendadas. Sin embargo, ello no significa que no existan problemas, ni que puedan considerarse definitivamente perfilados la estructura y el funcionamiento del organismo. Debe tenerse presente que una institución de contenido científico-técnico no puede tener un carácter estático, sino que ha de evolucionar casi permanentemente, adaptándose al desarrollo de la ciencia y la tecnología, a las necesidades de la sociedad y, en este caso concreto, a las demandas del sistema nacional de salud. Por ello, la Dirección del Instituto de Salud Carlos III ha elaborado un plan de actuación, cuyas líneas generales voy a exponer brevemente a sus señorías.

El apoyo científico-técnico que presta el Instituto ha de priorizar los aspectos que no puedan ser desarrollados por otros centros del Sistema Nacional de Salud, así como aquellos que deban mantenerse centralizados por su complejidad o escasa utilización, evitando duplicidades y conflictos competenciales. A tal fin, el Instituto de Salud Carlos III impulsará sus funciones como órgano de referencia, de investigación y de apoyo científico-técnico en el diagnóstico, el control y la garantía de calidad al servicio del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, se consideran fundamentales dos procesos. Por una parte, una ordenación de la oferta de servicios del Instituto, de manera que se delimiten los ámbitos en que podrá llevarse adelante esa función de apoyo y colaboración con las administraciones públicas o con entidades privadas; por otra, la adaptación interna del organismo a las necesidades que su oferta de prestaciones determine.

Por lo que hace a la ordenación de los servicios del Instituto, un primer paso consistirá en establecer un sistema que permita un acceso universal e igualitario a dichos servicios desde cualquier institución del Sistema Nacional de Salud. Para ello se ha elaborado una cartera de servicios, mediante consultas a los órganos e instituciones del Sistema Nacional de Salud potencialmente interesados, al objeto de poder conocer sus necesidades actuales y de futuro. Las consultas se han llevado a cabo mediante una encuesta presentada en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial y trasladada a todas las comunidades autónomas. La excelente respuesta de las comunidades autónomas a tal encuesta ha sido un elemento capital para configurar esa cartera de servicios desde una óptica de máxima eficiencia. Sus resultados, unidos a la información actualizada sobre las actividades científico-técnicas de los distintos grupos de trabajo del Instituto, han permitido establecer, por primera vez, una cartera de servicios real para el Instituto, que ya ha sido presentada al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión del pasado 25 de abril.

La primera finalidad de esta cartera de servicios es proporcionar a los responsables de las comunidades autónomas una relación de las actividades que desarrollan los laboratorios del Instituto, así como de los estudios que sus servicios técnicos no laboratoriales pueden ofrecerles.

Pero tan importante como ello es el hecho de que en el diseño de estas colaboraciones no sólo se ha tenido en cuenta el listado de servicios que pueden prestarse, sino también las condiciones en que debe producirse el acceso a los mismos, de forma que se logre la máxima eficacia en el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Con este objetivo, se considera elemento central la formalización de convenios de cooperación entre el Instituto y las comunidades autónomas interesadas.

Se propone que estos convenios incluyan cláusulas relativas a cuestiones cuya definición previa se considera imprescindible para la correcta ejecución de los programas que se establezcan. Entre éstas podríamos citar cuáles son las actividades a realizar, distinguiendo los diferentes tipos en función de las causas que las motivan (imperativos legales, emergencias, programas preestablecidos, etcétera), los plazos de recepción de las muestras; la ejecución de los análisis y la remisión de resultados; los responsables e interlocutores válidos por cada una de las partes; los criterios de prioridad para las diferentes demandas que se puedan plantear, y la financiación de las actividades, también según su causa. Y con el fin de adecuar esta oferta a los avances científicos y técnicos, está previsto evaluar periódicamente los servicios que se presten, para lo cual se realizarán consultas a expertos nacionales e internacionales para

determinar necesidades previsibles o actividades de indudable interés sanitario no cubiertas en cada momento.

En la faceta del Instituto como organismo de referencia se va a potenciar la elaboración y difusión de metodología avanzada para el diagnóstico de enfermedades, especialmente cuando existan, respecto a las mismas, planes nacionales, así como facilitar información actualizada sobre calidad de reactivos y patrones para diagnóstico de enfermedades.

En la misma línea, el Instituto pretende establecer un sistema de calidad de laboratorios, basado en el concepto de garantía de calidad que se está implantando en el ámbito de las instituciones de este tipo de la Unión Europea. **La señora Presidenta ocupa la Presidencia.**) El objetivo es lograr que tanto los laboratorios del Instituto como otros laboratorios públicos con los que colabora sigan una metodología de trabajo basada en patrones de calidad normalizados, permitiendo así la obtención de resultados comparables, basados en técnicas experimentales seguras, reproducibles, documentadas y adecuadas a su finalidad.

Por último, se potenciará la transferencia de los resultados de la investigación dentro del propio Instituto y hacia el exterior, incluyendo los aspectos de innovación tecnológica y metodológica aplicables en la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo, de los servicios de salud de las comunidades autónomas y organismos e instituciones interesadas. Para poder hacerlo, a finales del pasado año se creó la Oficina de Transferencia de Resultados de la Investigación, dentro del marco del Plan Nacional de Investigación y Desarrollo.

Es también fundamental establecer criterios claros y definidos en los servicios a prestar por el Instituto Carlos III a solicitud directa de la industria, de forma que se asegure que, en todo caso, éstos quedan supeditados a las demandas de carácter institucional.

El Centro Nacional de Investigaciones Clínicas y Medicina Preventiva desarrollará actividades de asistencia sanitaria e investigación con una mayor coordinación con el Sistema Nacional de Salud. Para ello se va a incrementar su colaboración con el Insalud.

Una especialidad en la que el Centro mantiene un nivel francamente bueno son las enfermedades infecciosas, que en la actualidad suponen su principal actividad.

Es obvia la importancia de la reaparición y/o incremento de la incidencia de procesos infecciosos, en íntima relación con la inmunodeficiencia que acompaña a los enfermos de sida. Hay también una creciente demanda asistencial de pacientes con enfermedades tropicales prácticamente inexistentes en nuestro país hasta hace poco tiempo. En todos estos casos van a ser precisos mayores esfuerzos en asistencia e investigación a los que el Centro puede contribuir de modo progresivo.

El Instituto, por tanto, señorías es un organismo que, en los últimos años, ha conocido modificaciones significativas desde su creación a partir de un conjunto de estructuras ya existentes. Es evidente que ello ha producido problemas en el funcionamiento sobre los que llevamos trabajando tiempo y sobre los que se seguirá actuando en el futuro.

Sin embargo, también es cierto que el Instituto se ha ido adecuando cada vez con mayor precisión a los fines para los que fue creado, y que se encuentra en mejores condiciones de asumir las nuevas responsabilidades de apoyo científico y técnico que el Sistema Nacional de Salud exige.

Con la exposición de lo que hace el Instituto espero haber contestado al sentido en que está formulada la comparecencia sobre sus insuficiencias. Es verdad que podía haberlo planteado enumerando las competencias que la ley atribuye de manera exhaustiva al Instituto de Salud Carlos III, pero la sistemática de la exposición de cómo creemos que debe orientarse la actividad y en qué la estamos potenciando, excluye funciones que están en la ley y que, efectivamente, el Instituto no está desarrollando. Y no las está desarrollando en la mayoría de los casos porque se está haciendo por otros órganos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Hay casos evidentes, como, por ejemplo —por empezar por la primera—, la formación especializada del personal al servicio de la gestión sanitaria, que desarrolla la Escuela Nacional de Sanidad. En otros casos no es tan evidente, pero en todos aquellos a que no haya hecho referencia ni siquiera sucintamente es porque están siendo desempeñados por otras instancias del propio Ministerio o de otras administraciones, y nos resulta difícil plantear la duplicación de algunas funciones que se están realizando en otro lugar.

Así pues, es verdad que hay lagunas en esta enumeración exhaustiva, pero en cada una de ellas hay, por lo menos, una explicación de la razón por la que no se ha mencionado en esto que constituye no sólo lo que está haciendo, sino lo que creemos que debe hacerse mejor en el futuro.

**La señora PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

**La señora MAESTRO MARTIN:** Gracias, señora Ministra, por su comparecencia, aunque tengo que decirle que la relativamente exhaustiva relación de las actividades concretas que realiza el Instituto de Salud Carlos III no corresponden al objetivo de mi solicitud de comparecencia, que entiendo que está adecuadamente formulada.

Quiero decir que la situación del Instituto de Salud Carlos III se mantiene caótica, al margen de cualquier dirección de política sanitaria, desde su creación. Por tanto, señora Ministra, creo que solamente le corresponde una parte pequeña de la responsabilidad que el Ministerio de Sanidad ha tenido en el desarrollo del Instituto de Salud Carlos III hasta este momento.

Me parece que es muy difícil encontrar algún trabajador del Instituto de Salud Carlos III, desde los mayores niveles de responsabilidad hasta los menores, que no pudiera ratificar la sensación de que el Instituto está trabajando a su aire, en función de su propia inercia, desde que se creó, y que el papel central, a mi juicio, que le otorga la Ley General de Sanidad en el desarrollo de la reforma sanitaria y

en la configuración de un servicio integral de salud pública no ha sido abordado.

Creo que es obvio, para cualquiera que conozca la situación sanitaria, que los dos directores generales que ha tenido el Instituto de Salud Carlos III han asumido una grave responsabilidad, pero también limitada por la ausencia de directrices claras y concretas por parte del Ministerio de Sanidad. La etapa de dirección del doctor Nájera se correspondió con una dotación de recursos extraordinaria para la materia en la que este señor tenía depositado su interés personal, dedicando prácticamente ninguna atención a los otros centros nacionales de su competencia. Situación caótica que llevó a su cese y que abrió esperanzas de que eso supusiera un interés renovado por parte del Ministerio de Sanidad acerca de la función del Instituto de Salud Carlos III y que se abordara lo que ya era urgente.

El nombramiento del señor Borrell ha cambiado las características de los intereses prioritarios, pero desde luego no ha servido para que el Instituto encuentre el lugar que le corresponde dentro del sistema sanitario. Como la señora Ministra y SS. SS. saben bien, el señor Borrell procedía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y su formación profesional como investigador le ha llevado a plantear un desarrollo del Instituto de Salud Carlos III muy semejante al de una estructura que tiene relativamente poco que ver con dicho Centro, como es el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

En este momento, la investigación —en ausencia de líneas prioritarias, de objetivos y de criterios de evaluación— se realiza en el Instituto de Salud Carlos III al libre albedrío de las personas con capacidad de presentar proyectos, que se financian, en una parte creciente, como la señora Ministra ha dicho, por organismos externos al propio Instituto de Salud Carlos III; por tanto, y como se deduce de la exposición que estoy haciendo, la investigación que se realiza no está configurada en función de objetivos básicos de salud pública, que no podrían ser determinados por otra estructura que el propio Ministerio de Sanidad. Es decir, ha cambiado la faz del Instituto de Salud Carlos III, pero, en mi opinión, con un desarrollo arbitrario de otra de las funciones que la Ley General de Sanidad le atribuye al Instituto, y desde luego afirmo (y lo hago con toda responsabilidad y toda rotundidad) que al margen de criterios de política sanitaria que definan objetivos en la investigación, objetivos en el control y objetivos en el desarrollo de las actividades del Instituto de Salud Carlos III.

Desde el punto de vista presupuestario, la historia ha evolucionado muy negativamente para el Instituto de Salud Carlos III, y no solamente en lo que se refiere a la disminución del presupuesto de inversiones —que es lógico que en un primer momento el capítulo de inversión en obra nueva fuera mucho más grande de lo que es años después—, sino en algo que parece muy importante, que la señora Ministra ha calificado de rigor presupuestario y que yo califico de ausencia de criterios presupuestarios. Es decir, cuando la relación en un organismo de este tipo, que se recomienda entre el capítulo 1 y el capítulo 2 es de que al menos el capítulo 2 tenga el 30 por ciento de lo que supone el capítulo 1, el que el capítulo de gastos corrientes, es de-

cir, del material necesario para desarrollar las actividades apenas llegue al 11 por ciento, no es rigor presupuestario, señora Ministra, es despilfarro de recursos humanos, que no están funcionando por ausencia de posibilidades materiales en el desarrollo concreto de sus actividades. El ahorro (y eso es algo que afecta no solamente al Instituto de Salud Carlos III, sino a otros aspectos de política sanitaria general) puede ser despilfarro de recursos también, y no solamente disminución del gasto y eficacia en el control presupuestario.

Por tanto, más allá de la relación entre el capítulo 1 y el capítulo 2, el Ministerio de Sanidad, hasta la fecha, no ha definido objetivos, criterios de evaluación, líneas generales de trabajo del Instituto de Salud Carlos III, porque no ha habido desarrollo posterior de ese Real Decreto en el que, de una forma genérica, se designan unas funciones que hay que desarrollar y concretar, y que hay que concretar, a mi juicio, de la única manera posible: en función de la evaluación de las necesidades de salud de la población y de las funciones que, en consecuencia, le corresponden a una parte fundamental del sistema sanitario.

El nuevo director, que abrió, sin duda, esperanzas a los trabajadores del Instituto y a los demás, que en principio le concedimos un tiempo mínimo para evaluar su trabajo, ha demostrado, en la práctica, lo que se suponía de su formación: que no conoce en absoluto el sistema sanitario. Y lo que es más grave: no se ha rodeado de personas que hayan sido capaces de sustituir lagunas de formación que no tienen por qué ser determinantes si realmente las personas en el ejercicio de sus competencias se asesoran como es debido. Aunque hay que decir también que no es por falta de plantilla, de asesores técnicos, ya que los consejeros y los asesores, es decir los altos cargos, se han incrementado en un 5,7 por ciento, mientras que los salarios del resto del personal han seguido el mismo penoso camino que el del resto de los trabajadores del sector público.

Por ejemplo, esta persona desconoce qué es un laboratorio de salud pública y la función prioritaria que en el sistema sanitario tiene, que no es un laboratorio de investigación, que no es un laboratorio de apoyo a proyectos de investigación, sino que es una estructura que tiene que trabajar con criterios analíticos homologados, tanto por la Unión Europea como por la legislación interna, y que tiene competencias y consecuencias derivadas de su propia actividad desde el punto de vista legal.

Enlazo con una situación que me parece grave, y esto es algo bien concreto que aprovecho su comparecencia para ponerlo en conocimiento de la señora Ministra y de SS. SS.: esta confusión entre lo que es un laboratorio de apoyo a la investigación y un laboratorio de salud pública está teniendo consecuencias muy importantes desde el punto de vista legal en el propio Instituto de Salud Carlos III y, en concreto, en el Centro Nacional de Sanidad Ambiental.

Como usted sabe, señora Ministra, a este Centro Nacional de Sanidad Ambiental se remiten muestras para análisis, calificadas de oficiales, por comunidades autónomas, por la Guardia Civil, para el análisis de diferente material, de cuyos resultados se derivan consecuencias administrativas en el caso de infracción de la legislación vigente a tra-

vés de ese mecanismo de control. Pues bien, hay una estructura jerárquica, bien definida, encargada del proceso de realización de pruebas, que está siendo desconocida sistemáticamente. Es decir, por parte de la dirección del centro, y obviando la estructura que le corresponde, como es la jefatura de área, se emiten directamente las muestras a los facultativos, hecho que ha sido repetidamente denunciado por los jefes de área de Toxicología. Para no extenderme demasiado, le cito algunos datos concretos.

Actualmente, existe una estructura jerárquica —que no se puede menospreciar— por inclinaciones personales, aunque procedan de estamentos superiores. Por ello, debe remitir las muestras oficiales a esta jefatura de área y no a la de servicio. Las actividades científico-técnicas aprobadas por la dirección general no deben interrelacionarse con la estructura oficial de análisis para muestras recibidas oficialmente y ser distribuidas por el cauce reglamentario. Esto, señora Ministra, señorías, tiene una importancia legal valiosísima. Recuerdo para quienes como yo, hasta este momento, desconocíamos este tipo de procedimientos que la estructura jerárquica, que puede parecer un aspecto formal, tiene una importancia grande desde el punto de vista judicial. Recuerdo a SS. SS. lo que ocurrió con la muerte de patos en el Coto Doñana, cuando el Instituto Nacional de Toxicología, radicado en Sevilla, atribuyó la causa de la muerte a la presencia de pesticidas; este proceso fue recurrido por los propios arroceros y el juez descalificó las pruebas realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología porque no habían seguido el procedimiento adecuado. Es decir, estamos hablando no de investigaciones, no de proyectos de investigación, sino de situaciones que tienen consecuencias legales y administrativas.

Que en este momento —se lo digo, señora Ministra, con todos los respetos—, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se exhiban numerosas actividades para justificar la función de un centro dentro del Sistema Nacional de Salud, me parece que carece de toda solidez —se lo he dicho en otra ocasión y se lo digo con todo el respeto—; que hagan 9.000 ó 18.000 muestras no quiere decir nada más que, probablemente, si son más que en años anteriores, se haya incrementado su actividad, pero, desde luego, no se deduce, en absoluto, que ésa sea la actividad que le corresponde al centro desde el punto de vista de la concepción global del sistema sanitario.

Quiero señalar, en primer lugar —y se lo digo por si tiene ocasión de reflexionar sobre ello, porque me consta que no soy la única persona, incluso dentro de su propio Ministerio, que piensa algo parecido—, que me parece que es una aberración, desde el punto de vista de la política sanitaria, haber desgajado la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. La separación de la docencia y de la investigación no se justifica desde ningún punto de vista, máxime cuando yo entiendo que el Instituto de Salud Carlos III y, en concreto, la Escuela Nacional de Sanidad, deberían haber cumplido un papel importantísimo en la reestructuración de la formación del personal en materia de salud pública, que se debería haber derivado de la reforma sanitaria que plantea la Ley General de Sanidad.

En este momento, la Escuela Nacional de Sanidad —aparte de que también sigue por derroteros desconocidos y más en función de los pensamientos de los propios directores que respondiendo a líneas identificables de política sanitaria— pienso que está jugando un papel mínimo en la formación de recursos humanos y en la educación para la salud. Las actividades de los centros nacionales, sobre todo las actividades de control, están en un claro retroceso. Por ejemplo, en el Centro Nacional de Alimentación desaparece el Servicio de Nutrición y desaparecen actividades fundamentales que yo creo que deberían haber sufrido un incremento según las características del consumo de alimentos que se está produciendo en este momento, máxime cuando esta falta de análisis de los alimentos no solamente pudiera tener consecuencias latentes para la disminución de la salud pública, sino para nuestros propios productos de exportación. Por ejemplo, lo sucedido en un país de la Comunidad Europea por la presencia de una cantidad de pesticidas detectada en alimentos infantiles, que infringe determinadas legalidades nacionales de países de la Comunidad, debería tenerse en cuenta a la hora de registrar o de permitir la distribución de determinados alimentos porque —insisto— no solamente tiene consecuencias para la salud, sino también para la actividad económica de nuestro país.

La investigación sobre genética y reproducción humana no existe, no aparece en ninguno de los proyectos oficiales habidos hasta ahora ni en los planes de futuro; tampoco existe el control de productos biológicos; el desarrollo relacionado con las ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud ha desaparecido. La verdad es que no me extraña, visto el tecnocratismo que corroe la administración sanitaria, que estos aspectos sociales y económicos no existan. En el Centro Nacional de Farmacobiología, señora Ministra, el hecho de que haya competencias que la Ley General de Sanidad atribuye al Instituto de Salud Carlos III y que estén dispersas en otras estructuras administrativas, yo pienso que no habla en favor de la menor coherencia en el desarrollo de sus funciones; no es entendible que funciones que antes unificaba el Centro Nacional de Farmacobiología, en este momento, estén dispersas entre este propio Centro y la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; no es comprensible que las actividades relacionadas con el registro previo de medicamentos, corran por caminos administrativos separados de las actividades de Farmacovigilancia. A lo mejor, señora Ministra, tiene algo que ver esta dispersión, falta de dotación o vaya usted a saber qué, con sucesos graves, que afortunadamente no han tenido repercusión o se han detectado a tiempo, como la contaminación de inmunoglobulinas antihepatitis por virus activos que, evidentemente, pudiera haber tenido consecuencias muy graves. Me parece que la disminución de la dotación de recursos para el Instituto de Salud Carlos III, la falta de definición de objetivos y de criterios de evaluación corren parejos...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, le ruego vaya concluyendo, por favor.

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

... con la falta de atención creciente del Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con actividades preventivas. Por ejemplo, analizando la documentación, aparece el dato de que en la Unión Europea se gastan 2.550 millones de euros en nefropatías inducidas por medicamentos. Evidentemente, la incipiente red de Farmacovigilancia, los criterios de registro de medicamentos y la dispersión de funciones administrativas pudieran tener que ver, en la parte que corresponde a nuestro país, en este tipo de situaciones.

No tengo más remedio, señora Ministra, que relacionar esta situación, que en el caso del Instituto de Salud Carlos III se mantiene desde hace ocho años, con la ausencia del plan integrado de salud, que, lógicamente, debería ser el instrumento que, por un lado, se nutriera de la información recabada fundamentalmente por el Centro Nacional de Epidemiología, pero también por otros centros nacionales, y que, a su vez, retroalimentara, indicando criterios, indicando objetivos, al Instituto de Salud Carlos III. Recuerdo que hay promesas de que este plan integrado va a ser elaborado en breve, espero que se cumpla; pero también hay que señalar que no se ha producido hasta ahora.

En cualquier caso, la parte que al Instituto de Salud Carlos III le correspondería en la configuración del diagnóstico de salud, no solamente de salud humana, sino de salud medioambiental, alimentaria, etcétera, yo creo que está sin desarrollar, con lo cual me permito dudar de la calidad de la información con la que pueda contar ese plan integrado de salud. Por ejemplo, señora Ministra, no existe mapa español...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, le ruego concluya, por favor.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Estoy terminando. No existe mapa español de suelos contaminados, no existe mapa de riesgos sanitarios de cauces acuáticos, no existen mapas de riesgo de salud laboral, no existen, por lo tanto, funciones que se derivarían de las competencias de centros del Instituto de Salud Carlos III a la hora de aconsejar cosas tan concretas como, por ejemplo, el incremento del uso de la gasolina sin plomo, que no lleva plomo pero lleva sustancias cancerígenas tan graves como el benceno o como aminas aromáticas que pueden tener unas funciones mucho más graves que las del plomo en la contaminación medioambiental. En definitiva, el Instituto de Salud Carlos III no está ocupando el papel que le corresponde en el control de las redes de vigilancia sanitaria en el país.

Quería terminar diciendo que creía haber oído rumores, que desgraciadamente no se han confirmado en la intervención de la señora Ministra, sobre la voluntad del Ministerio en el sentido de tomar una medida que yo creo que se reclama a gritos, y es la integración en la red del Insalud del Centro Nacional de Investigaciones Clínicas, que fuera del tratamiento del sida, que plantea muchos problemas en otros hospitales y que tiene una demanda muy grande de enfermos, está absolutamente subutilizado, no hay criterio alguno para determinar qué enfermos se derivan allí y qué

enfermos se derivan a otros hospitales, y creo que una mínima medida de racionalidad en política sanitaria sería integrar este hospital en la red del Insalud.

Finalmente, quería hacer una pregunta concreta sobre un tema al que no ha hecho referencia en su intervención y, por lo tanto, entiendo que la respuesta es negativa, pero dada la gravedad del asunto quiero preguntarle si existe la voluntad política de plantear una desaparición práctica del Instituto de Salud Carlos III, tal y como se ha rumoreado por algún alto cargo de su Ministerio; bien es verdad que también corren rumores de su cese próximo.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que deseen intervenir? (Pausa.)

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

El señor **CARDONA I VILA**: Señora Ministra, voy a ser muy breve. Señoras y señores Diputados, nosotros compartimos la preocupación del Grupo que ha formulado la petición de comparecencia en relación a la insuficiencia en el desarrollo de las competencias que le fueron otorgadas al Instituto Carlos III en el momento de su creación.

Nos han llegado diversas quejas —como también habrán llegado a otros grupos parlamentarios—, incluso de los facultativos de la institución, por la no optimización de los recursos con los que cuenta el Instituto y también quejas que se elevaron en su momento a los medios de comunicación y sobre lo que no vamos ahora a insistir. Desde nuestro Grupo consideramos que sería conveniente promover la descentralización de las actividades del Instituto Carlos III. Esta institución debería reducir, a nuestro entender, su estructura y convertirse en un instrumento de soporte administrativo para las unidades de referencia existentes o para las que se vayan creando en las diversas comunidades autónomas.

Dicho esto, una cuestión puntual que queríamos someter a la consideración de la señora Ministra es la siguiente. Con la desaparición del Patronato de rehabilitación social de enfermos de lepra, por Real Decreto del Ministerio de Asuntos Sociales, podría ocurrir que esta enfermedad dejara de preocuparnos y pudiera dar lugar a un nuevo brote si se bajara la guardia en el control de prevención. Tenemos entendido que se va a suscribir un convenio marco entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales para el futuro control de la enfermedad. Por otra parte, en su momento, también se suscribió un convenio de colaboración entre el Patronato de rehabilitación social del enfermo de lepra, próximo a extinguir y el mismo Instituto Carlos III. Desearíamos saber si se va a prorrogar dicho convenio o cómo va a quedar esta cuestión en relación al informe sobre el registro estatal de lepra que corresponde al Instituto de acuerdo con el convenio que terminaba a finales de 1993.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Hernando Fraile.

El señor **HERNANDO FRAILE**: No voy a imitar la brevedad sucinta a la que nos tiene acostumbrada la señora

Ministra, pero sí aprovechar la comparecencia solicitada por el Grupo de Izquierda Unida para hacer varias reflexiones.

Sin duda, el Instituto de Salud Carlos III fue presentado como el buque insignia, como una especie de vanguardia en la investigación socialista de los años ochenta y estamos asistiendo, desgraciadamente, al languidecimiento que se viene produciendo poco a poco. Esto, a nuestro juicio, se debe, fundamentalmente, a dos causas. La primera, la situación económica. Usted ha hecho aquí una exposición de los distintos parámetros y ha intentado asimilar que la disminución en los gastos del capítulo II se debe a un mayor control del gasto y a un mejor funcionamiento, sobre todo en los temas relativos al control del gasto en material y suministro. Nosotros tenemos que decir que eso no es así. A nuestro juicio este ahorro en gasto se debe, sobre todo, a la falta de funcionamiento del centro, a que cada vez va perdiendo más fuelle —como decía antes— y a que está en una situación de inanición que nos preocupa. Todo ello lo avala también el capítulo de inversiones reales. Usted ha dicho que no son ni han de ser las mismas que las de los primeros años, los de la creación del centro, pero de 1993 a 1994 estos gastos en inversiones reales han disminuido en un 40 por ciento.

Ha hecho referencia —y se felicitaba— a que los gastos de personal habían crecido en un 6 por ciento, pero el crecimiento de dichos gastos se debe al crecimiento de las cuotas a la Seguridad Social y no a las retribuciones que perciben los trabajadores. Además, señora Ministra, a nuestro juicio, se ha producido un anquilosamiento, una excesiva burocratización del centro y eso se ha debido a que no ha habido una clara planificación, no ha existido un control sobre la consecución de objetivos, derivados de la inexistencia de los mismos, pero no de otros motivos.

Tras la reestructuración que se produjo recientemente, se han aprobado escasas actividades y muchas de ellas ni tan siquiera se han transmitido a los profesionales. Tampoco existe una gestión adecuada capaz de generar ilusión entre el personal (aspecto básico para el funcionamiento de una institución en la que precisamente el capital humano es el motor del funcionamiento del mismo), en ningún momento por la falta de capacidad científica demostrada por los trabajadores que allí prestan sus servicios, sino más bien por todo lo contrario: por la infrautilización de su potencial. Así, los 1.638 trabajadores repartidos en siete centros no tienen directrices en la actualidad, no tienen objetivos claros, existe una grave desmotivación —como decía antes—; la dirección, además, está frecuentando —por las informaciones que nos han dado los propios profesionales que prestan sus servicios allí— el ocultismo informativo, no hace públicos sus proyectos ni los planes y no contesta tampoco a los escritos y reivindicaciones de los profesionales, lo que demuestra que la nueva dirección ha dado la espalda a los mismos. Los trabajadores continúan, frente a la falta de trabajo y competencias, con algunas líneas de investigación que, en algunos casos, parece como si fueran realizadas de forma clandestina. Existe un esquema organizativo ineficaz en el proceso de toma de decisiones, debido al sistema de jerarquización, al que hacía referencia

anteriormente la representante de Izquierda Unida, que en los últimos tiempos se ha adoptado y que provoca, de forma pintoresca, que los profesionales lleguen incluso a desconocer si van a obtener autorizaciones de gasto, aun en el caso de que los mismos se encuentren aprobados.

El artículo 11 de la Ley General de Sanidad concebía este centro como el instituto que debía ser órgano de apoyo científico de las comunidades autónomas. Desgraciadamente, ese apoyo científico no se está llevando a cabo en la actualidad. Tampoco se está cumpliendo el artículo 112 de la ley General de Sanidad en muchos de los objetivos para los que fue configurado este centro. No está formando especialistas en Salud y Gestión Sanitaria —ya se ha dicho anteriormente que se ha desgajado la Escuela Nacional de Sanidad—, ha desaparecido el Servicio de Nutrición, no existe control de productos biológicos, los proyectos de investigación genética y de reproducción humana han sido olvidados en los programas oficiales, y las labores de vigilancia, promoción y control de salud han perdido importancia, a pesar de ser una de las principales obligaciones del centro.

Nuestra preocupación es ciertamente grave, señora Ministra, y creemos que si no se adoptan medidas oportunas que sean capaces de dinamizar los recursos humanos con los que cuenta este centro, desgraciadamente, tendremos que acudir en pocos años al enterramiento del mismo. Deseamos que esto no suceda, deseamos agitar de alguna forma la conciencia de la señora Ministra para que este asunto sea tomado en serio y, por tanto, mejorado en sus funciones.

A nosotros, sin duda, nos causa sorpresa oírle decir, después de seis años, que todavía están ordenando la oferta de servicios y que lo están adaptando a las necesidades que la ordenación de la oferta determine. Yo creo que, después de este tiempo, tendrían que estar ya perfectamente definidas las ofertas. Indudablemente la investigación no es una foto fija, ni en España ni en ningún otro sitio, pero creemos que los objetivos y la ordenación de los servicios tenía que estar mucho más definido de lo que está en la actualidad.

Muchas gracias, señora Ministra, por su atención. Deseamos que nos aclare alguno de los aspectos que hemos planteado y que adopte medidas que sirvan para mejorar la gestión y para motivar, como decía anteriormente, a los profesionales que ahora están bastante desmotivados.

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

La señora **ALBERDI ALONSO**: Quiero agradecer especialmente a la señora Ministra las explicaciones que nos ha dado en la comparecencia que, a petición del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, está teniendo lugar esta tarde, porque si solamente hubiera escuchado a los portavoces que han hablado después de su explicación, hubiera creído no ya que existen insuficiencias, sino que el Instituto de Salud Carlos III era otra cosa, tendría que ser otra cosa y, además, que tenía una serie de pequeñas cuestiones a discutir sobre si se hace esto o se hace lo otro. Yo creo que usted nos ha explicado perfectamente —de sus

propias palabras saco esa consecuencia clara— cómo se crea el Instituto Carlos III, que es un órgano de apoyo científico y técnico del Departamento de Sanidad del Estado y de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas que se contempla en el título VII de la Ley General de Sanidad. Un Instituto que no es de nueva creación, sino al que se le adscriben una serie de centros provenientes del antiguo organismo de la Administración institucional, el de la Sanidad Nacional, con lo cual se da una diversidad en el propio organismo entre centros o unidades, unos con un carácter más científico, más técnico, otros con un carácter más asistencial, poca labor de investigación, una serie de personal, etcétera, iniciándose un proceso de desarrollo de la Ley General de Sanidad —entiendo yo— que lleva a ir concretando de manera más específica las funciones de apoyo científico y técnico de este Instituto al Servicio Nacional de Sanidad y a las comunidades autónomas, en el marco del Consejo Interterritorial. Poco a poco se van definiendo de forma más clara las funciones y adecuando los recursos humanos ya existentes, así como los recursos económicos a través de las consiguientes dotaciones presupuestarias que el Instituto ha ido obteniendo a lo largo de los ejercicios presupuestarios para las funciones que de él se requerían.

Deduzco de su explicación que no ha habido insuficiencias. Es decir, el Instituto Carlos III ha podido tener problemas de remodelación o de integración de todos esos centros tan diversos que se le adscriben en la Ley de Sanidad, ha podido tener situaciones presupuestarias distintas en función de necesidades y objetivos distintos y de situaciones presupuestarias de mayores recursos con que se puede dotar a este Instituto en un momento determinado (porque así se prioriza) y en otro menos, pero eso no ha impedido para nada que el Instituto Carlos III asumiera las funciones que tenía que asumir. Me refiero directamente a sus palabras. Usted ha hablado de las actividades que ha llevado a cabo como instituto referencial —no las voy a repetir—, las que ha hecho en su función de control de medicamentos, de productos sanitarios, de productos biológicos, de alimentos, de sanidad ambiental, de productos químicos potencialmente peligrosos, de vigilancia epidemiológica, toda la actividad de investigación que ha hecho en apoyo del Sistema Nacional de Salud, cómo han ido aumentando los proyectos, cómo incluso, cuando se une a la Ley de Investigación, a través de la Ley Presupuestaria de 1989, el Instituto adquiere un carácter que le permite generar recursos para potenciar proyectos de investigación, todo el trabajo de convenios con otras entidades... Evidentemente, yo no veo por ningún lado, en sus explicaciones, que haya habido una insuficiencia. Ahora bien, es un proceso de acomodación, yo entiendo que permanente, lo deduzco de sus propias palabras en esta comparecencia. Es decir, es una institución dinámica y cambiante, puesto que es un organismo de apoyo científico y técnico a un departamento de sanidad y al conjunto de la sanidad del Estado. El conjunto de la sanidad del Estado, evidentemente, no es algo estático, que no cambia o que no varía; cambia y varía permanentemente. Las demandas del Sistema Nacional de Salud, las demandas que para el Instituto

Carlos III puedan tener las distintas unidades sanitarias de las comunidades autónomas varían con el propio cambio que se da en la sociedad, y también influye todo el cambio que se da en un área como es el área de la ciencia y de la técnica. Evidentemente, eso requiere un proceso de acomodación constante que se duplica, de alguna manera, por el propio origen heterogéneo y no nuevo de lo que fue el Instituto de Salud Carlos III en su origen.

También veo interesante —me ha alegrado oírlo en sus palabras de explicación— que, a partir del decreto que reestructura internamente el Ministerio de Sanidad, se prioricen una serie de funciones para el Instituto Carlos III de prestación directa de servicios y realización de investigación —priorizando los aspectos que no pueden ser desarrollados por otros centros del Sistema Nacional de Salud—, que se esté intentando evitar duplicidades o problemas competenciales, y, sobre todo, me resulta absolutamente interesante lo que en los últimos tiempos está haciendo el Instituto del que estamos hablando. Ustedes han buscado definir, a través de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, de acuerdo con todos los organismos de las comunidades autónomas a los que también tiene que servir este Instituto de carácter nacional, lo que llaman ustedes una cartera de servicios, es decir, que se tenga claro cuáles son las demandas, cuál es la oferta que este Instituto puede hacer y en qué condiciones de calidad se puede llevar a cabo y con qué prioridades. Por otro lado, me parece muy interesante lo que ha hablado de que haya un sistema de evaluación de los servicios que presta el Instituto; también me parece interesante lo que ha citado en referencia a la garantía de calidad de la Unión Europea y la creación de la oficina de transferencias de resultados de la investigación, para que la investigación que se realice en el marco de este instituto pueda ser transferida, puesta en común y de alguna forma cotejada y contrastada con otras investigaciones con las que pueda tener relación.

Por tanto, el Grupo Socialista no ve ninguna insuficiencia insalvable; sí ve, evidentemente, que como cualquier organismo, y más uno de esta complejidad, que tiene tal prestación de servicios, puede ser absolutamente perfectible. Evidentemente, siempre se pueden racionalizar los gastos, se puede racionalizar el personal, se puede conseguir una prestación de servicios de mayor calidad, a más y más; pero yo no veo ninguna situación, como dice la solicitud de comparecencia, de insuficiencias insalvables. Sí veo, en la posición que han expuesto aquí los grupos que me han precedido en el uso de la palabra, casi diría una confusión entre el propio concepto de lo que es el Instituto de Salud Carlos III, es decir, un organismo de apoyo científico y técnico, y pretender quizá que tenga otra serie de funciones, porque el que pueda haber funciones que en un momento se adjudicaron al instituto y que, después, en la reorganización del Ministerio han pasado a otra unidad, como es el caso del Centro Nacional de Sanidad, que se constituyó en organismo autónomo, no veo que genere ninguna insuficiencia, sino que orgánicamente ha venido a depender de otro sector o que en una reestructuración diferente ocupa un lugar distinto en lo que es el organigrama general del Ministerio de Sanidad, pero eso no genera por

sí mismo insuficiencias, sino que significa que esa función se realiza orgánicamente de otra manera, no quiere decir que deje de realizarse.

Por tanto, le agradezco especialmente sus palabras porque clarifican la situación; si no la hubiera oído antes hubiera pensado que estábamos hablando de otra cuestión diferente. Le animo a que siga trabajando en el sentido de buscar el acuerdo con las comunidades autónomas, de que haya claridad y transparencia en los servicios que se pueden percibir del Instituto de Salud Carlos III y en todos los temas de transferencia de resultados de investigación, de buscar una mayor calidad y de evaluar los servicios que se prestan.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, para dar respuesta a las apreciaciones, así como a las preguntas que le hayan formulado, tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (Amador Millán): Señora Presidenta, voy a tratar de ser breve, aunque no sé si lo que se me pide es que sea más breve aún. No se pueden despachar determinados asuntos en menos tiempo, al menos yo no soy capaz. En todo caso, voy a tratar de aburrir a sus señorías lo menos posible.

Señora Maestro, celebro que no se refiriera a esa interpretación que yo he hecho en algún momento de las lagunas respecto a la enumeración que hace de cometidos el artículo de la Ley General de Sanidad respecto a lo que está haciendo, porque me parece que ése era un planteamiento menos interesante del que hace, que se refiere no a lagunas sino a deficiencias, porque discrepa del funcionamiento.

Yo no creo que podamos hablar de una situación caótica en el Instituto de Salud Carlos III. Sin embargo, si repasa mi comparecencia, señoría, verá que he tratado de explicar cuál es el origen de los problemas que nosotros sufrimos más directamente que nadie y, desde luego, el Director General del Instituto, que está aquí presente. Es evidente que la asunción de esos centros heterogéneos, la asunción de un personal de características peculiares (la mitad es laboral, la mitad es funcionario), los regímenes distintos, los convenios heredados complicados y alguna cultura sindical también es peculiar en el Instituto de Salud Carlos III. He tratado de apuntar algunas de las causas que han hecho que la situación del Carlos III como organismo vivo de investigación, que no es una mera oficina administrativa, no sea fácil para orientar las necesidades reales del momento. Por tanto, problemas ha habido, sigue habiendo y habrá en ese instituto, pero no me parece que pueda compartir la afirmación de que está en una situación caótica, sino que realmente es un organismo no fácil de gestionar.

Tampoco me parece justa la apreciación de que por el currículum o por la procedencia del Director General esté impregnada de unos objetivos la dirección del centro y en cambio haya lagunas en otros, porque hoy la investigación en el Carlos III no supera el 15 por ciento del conjunto de la actividad. Además, con lo difícil que es hacer buena investigación en la Administración, para una vez que tenemos un director que procede del mundo de la investiga-

ción, el reproche de que le dedica demasiada atención a la investigación... (**La señora Maestro Martín hace signos negativos.**) Bueno, pues eso he entendido yo. En todo caso, en cuanto a que haya lagunas creo que tampoco podemos suscribir esa afirmación. Es verdad que el Instituto de Salud Carlos III, tal como ha dicho la representante del Grupo Socialista, es un órgano de apoyo científico-técnico, no debe suplir la realización de funciones que corresponden a otras administraciones, y tiene que hacer ese apoyo científico-técnico al Sistema Nacional de Salud. Un buen procedimiento para saber qué apoyo necesita el sistema parece que es preguntar al sistema —que es exactamente lo que ha hecho el instituto— qué servicios requiere el instituto y sobre la base —a la que me he referido en la exposición— de esa encuesta y de esa pregunta y de las respuestas que han dado las comunidades autónomas se ha elaborado una cartera de servicios, precisamente con las peticiones de las necesidades del sistema, para hacer cumplir esa función esencial de órgano de apoyo científico-técnico, que al señor Hernando le parece que hacemos tarde; yo acepto el reproche, podía estar ya hecha, pero no lo estaba y se ha hecho ahora. De manera que estar al servicio de las necesidades del sistema se ha tratado de hacer por esa vía.

Por otra parte, las funciones de salud pública es verdad que están compartidas con otros órganos en el Ministerio y que, por tanto, algunas de las funciones que S. S. ha enumerado no se hacen, como por ejemplo la referente a la investigación sobre genética y reproducción humana, que no se hace, en absoluto, en el instituto porque no hay personas con la formación adecuada para hacerlo y porque se hace en otros sitios con los que estamos pensando contar, ya que si la función se está desempeñando correctamente en otros sitios, no nos parece que debamos duplicarlo, como le había dicho antes. Este es uno de los ejemplos en los que estaba pensando. En el Instituto no existe personal formado en esta materia y, por tanto, no se realiza la actividad. Lo que pasa es que en la red pública de hospitales, en las universidades y en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas sí existen grupos altamente cualificados que están investigando sobre genética y reproducción humana, y nos parece que lo que procedería sería reconocer el trabajo de esos grupos y utilizarlo coordinadamente en lugar de duplicar esfuerzos. Por tanto, hay actividades que no se hacen. Su señoría ha dicho, y es verdad, que hay actividades que no se están haciendo, cada una por una razón diferente, pero hay otras que sí se hacen desde otras instancias del Ministerio.

El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene una larga historia de reestructuraciones y cambios, pero lo importante es que hagan las cosas bien, no importa tanto dónde se hagan. Las organizaciones administrativas no son más que instrumentos al servicio de unos fines y deberíamos estar atentos a ver si los fines los cumplimos o no, pero es indiferente que la labor de formación de gestores y salud pública se haga en la Escuela Nacional de Sanidad, que está en el Ministerio de Sanidad y Consumo. No puede ser una descalificación del Carlos III que no se haga formación en gestión y en salud pública si se está haciendo en

otro órgano de la Administración. Se puede pensar —y yo respeto esa opinión— que deberían estar integradas y unidas la investigación y la docencia. Es una opinión que, como todas, yo no discuto y además respeto y me parece que tiene fundamento. Pero reprochar que no se hace en el Carlos III, si se está haciendo en otro sitio, no me parece que sea grave. Lo mismo sucede con las funciones de salud pública que se hacen en la Dirección General y la coordinación que se hace a través de la Comisión de Salud Pública.

Llegamos al presupuesto, señora Maestro, donde nunca nos entendemos porque S. S. tiene la suerte de poder prescindir del dato presupuestario y yo, en cambio, no puedo prescindir de él. ¿En qué cabeza cabe que voy a presumir de haber reducido el gasto en el Carlos III? Nos enfrentamos a unas dificultades grandes por haber reducido. He dado esas cifras para transmitir que en la valoración de lo que se está haciendo también hay que contar con que el presupuesto no está lo equilibrado que debiera. Mantener un equilibrio entre el capítulo I y el capítulo II no es fácil, señora Maestro, porque el capítulo I no hay forma de modificarlo, no es fácil modificarlo. Y en el Carlos III la desproporción que se produce entre el capítulo I y el capítulo II es una de las dificultades que yo he puesto de manifiesto porque es evidente. ¿Cómo se hace eso? ¿Subiendo el capítulo II? No hemos tenido posibilidad. ¿Bajando el capítulo I? No tenemos posibilidad. No es fácil mantener ese equilibrio, sobre todo en el Carlos III, no sólo por el número de personas con que cuenta sino por la cualificación de las mismas; también aludí en mi comparecencia a cuál es la formación y el origen de esas personas. No es fácil gestionar el Carlos III con la formación y el origen de los funcionarios y del personal laboral que trabaja allí, que procede de distintos sitios y que es el que tenemos. Son datos que yo trato de poner de manifiesto para explicar cuáles son las bases de las que partimos. Claro que puede haber despilfarro de recursos si no somos capaces de mantener esas proporciones, pero eso no es fácil y le aseguro que no depende de una decisión mía, pues las circunstancias presupuestarias son las que son.

No tengo ninguna noticia de que se haya aumentado el número de asesores técnicos, señora Maestro, ni de que existan siquiera consejeros en la dirección general del Carlos III. En todo caso, tomo nota de su comentario, que para mí es nuevo.

Tampoco tengo noticia de lo que denuncia del Centro de Sanidad Ambiental. Por tanto, le contestaré por escrito acerca de esta irregularidad en el funcionamiento de la tramitación de los papeles a las autoridades que les corresponden.

No me malinterprete. Cuando yo hablo del número de muestras que se han analizado, no trato de justificar la existencia del centro, pero sí de justificar que eso no se hace sin ir a trabajar. Sobre el Carlos III hay una cierta tendencia, como en todos los centros que no son fácilmente clasificables, en los que se investiga y se hacen cosas tan diversas, hay una cierta tendencia a opinar que allí no se trabaja, que la gente está desincentivada, que no se sabe qué es lo que hace. Algunas muestras sí tenemos de lo que

se hace porque no es lo mismo, aunque no sea significativo ni decisivo, pero desde luego no es lo mismo analizar mil muestras que analizar 30.000. Permítanme que haga uso de los números, sobre todo porque trato de explicar que en la orientación de los análisis que estamos haciendo estaban disminuyendo los primarios y estaban aumentando los de contraste en relación con los que se hacen en la red pública. Esa ha sido mi intención al hablar de cifras en el número de muestras analizadas.

Ha hecho referencia S. S. al Centro Nacional de Alimentación en relación con el asunto de la alimentación infantil en Alemania, que yo he tratado de aclarar que no es un asunto de salud pública. No hay un asunto de salud pública, sino que responde a problemas de mercado comunitario y de intereses de mercado. Por tanto, con toda la prudencia que en estas ocasiones debemos tener los responsables sanitarios —porque el lindano no es una sustancia como para recomendar—, los restos de lindano de los potitos están dentro de la normativa autorizada. Si no fuera así, no es que lo tuviera que estudiar el Centro de Alimentación del Carlos III, sino que tendríamos que haberlo denunciado, haberlos retirado y haber tomado otras medidas. Es verdad que en el Centro Nacional de Alimentación se puede contrastar ese tipo de problemas, pero desde luego no es un problema de controlar desde ese centro que un producto español, fabricado en España, cumple las normas y las garantías de lo que puede incorporar y en qué límites.

Respecto a la desaparición del Instituto de la Salud, que alguien habla de la desaparición del Instituto de Salud Carlos III —no sé si la he entendido bien, señora Maestro—, no puedo comentarle nada. Afortunadamente no leo todo lo que se dice de ese tipo de cosas, porque no me quedaría tiempo para trabajar, y no sé por qué el mundo sanitario suscita tanto cotilleo.

Señor Cardona, el asunto de la lepra y lo que me dice del convenio con Asuntos Sociales es nuevo; es la primera noticia que tengo. No sé de dónde ha salido, pero no soy consciente de tener un proyecto de convenio con Asuntos Sociales para el patronato, del que me habla, de rehabilitación de la lepra. El registro está en el Carlos III, pero siento no poderle informar mejor porque no lo estoy yo y, por tanto, le contestaré por escrito. Siento que siendo la única pregunta que me hace no me la sepa, pero la verdad es que no lo sé.

Al señor Hernando le agradezco su intervención. Desde luego, no me felicito de que hayan crecido un 6 por ciento los gastos de personal, señor Hernando; un 6 por ciento no es un crecimiento en los tiempos que corren. Lo he dicho como mero dato objetivo, desde luego no presumiendo de ello. Además, en ese crecimiento seguramente tiene que haber algún pago de cuotas de la Seguridad Social. No era mi intención presumir de crecimientos presupuestarios.

Creo que sirven las contestaciones que he dado a la señora Maestro para responder a algunas de las cuestiones que S. S. me ha planteado. Un organismo de investigación no es fácil de estructurar y de organizar en su funcionamiento y no me parece la mayor crítica que se le pueda hacer al Instituto de Salud Carlos III que esté evolucionando en su forma de prestar esa función esencial —que la señora

Alberdi ha puesto de manifiesto y que a mí me parece que sintetiza a las demás— de ser el órgano de apoyo científico-técnico. Por tanto, la crítica de que llegamos tarde o de que se hace tarde me parece que no es muy relevante, en la medida en que lo que tenemos que hacer es tratar de adaptar el funcionamiento del centro a las realidades del sistema.

Agradezco a la señora Alberdi la valoración que ha hecho de mi exposición, ya que ha tratado de transmitir a SS. SS. una visión seria y objetiva, en la medida de lo posible, de los problemas del instituto, de lo que se ha avanzado en este tiempo. Yo creo que se ha hecho un trabajo serio de ordenación en el Instituto Carlos III en los últimos tiempos, en un ámbito y con unos datos del problema que —repto— no son fáciles porque la situación del personal, la situación de las instalaciones, los centros que lo integran no han hecho que sea fácil esta labor de sistematización de las funciones que yo he tratado de sintetizar y que en unos casos ya está funcionando a pleno rendimiento y en otros manifiesta una proyección de lo que queremos impulsar.

Respecto al plan al que he hecho referencia, que se anunció en marzo de 1993, algunas de las actuaciones ya están muy avanzadas y otras todavía no ha dado tiempo a ponerlas en marcha, pero creo que el futuro del trabajo de este tiempo ya se ve en parte y se seguirá viendo.

Muchas gracias por su atención.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ministra.

— **DEL IMPACTO QUE EL ACUERDO GENERAL SOBRE LOS ARANCELES ADUANEROS Y EL COMERCIO (GATT) TENDRA SOBRE LOS DIVERSOS SECTORES DE SU COMPETENCIA. A SOLICITUD DEL G. P. (Número de expediente 213/000187.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la tercera comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para informar del impacto que el Acuerdo general sobre los aranceles aduaneros y el comercio (GATT) tendrá sobre los diversos sectores de su competencia. Esta comparecencia ha sido formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señora Presidenta, trataré de ser breve pero no me pregunten cosas tan difíciles como explicar esto del GATT.

Señorías, voy a informarles sobre los efectos previsibles de los acuerdos de la Ronda Uruguay sobre las actividades incluidas en el ámbito de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo, que es lo que me trae aquí con mucho gusto. Las negociaciones y los acuerdos firmados el pasado día 15 no creo que sean objeto de esta Comisión. Por tanto, si me lo permiten SS. SS., voy a centrar mi intervención en lo que afecta más directamente a mi Ministerio,

aunque necesariamente una referencia, por breve que sea, voy a hacer a su significado global.

La Ronda Uruguay ha sido un proceso, como todos ustedes conocen, de negociación multilateral que bajo los auspicios del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio perseguía dos objetivos fundamentales: profundizar en la liberalización del comercio internacional, avanzando en la aplicación de los principios básicos del GATT, que data del año 1947 y que había sido objeto de sucesivos ajustes en las rondas John Kennedy y Tokio, y potenciar el propio Acuerdo general mejorando algunas de las limitaciones detectadas en su funcionamiento y adecuándolo a las actuales condiciones del comercio y la economía internacionales. Por una parte, se mejoran los aspectos institucionales y procedimentales destinados a garantizar el respeto a los acuerdos alcanzados. Se crea la Organización Mundial del Comercio, que reemplaza a las anteriores estructuras provisionales del GATT, y se perfeccionan, entre otros, los mecanismos de solución de diferencias, examen de las políticas comerciales nacionales, mecanismos de notificación y aplicación de medidas de salvaguarda, antidumping y antisubvención. Por otro lado, se incorporan al sistema GATT sectores productivos anteriormente separados de él como son el agrario y el textil. Finalmente, se extienden los principios que el GATT establece para el tráfico de mercancías a dos nuevos espacios comerciales, el de los servicios, gracias a la conclusión del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios, el GATS, y el de la propiedad intelectual, en virtud del acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio.

El fruto material de las negociaciones es una larga lista de acuerdos de los que, en la medida en que pueden incidir en la actuación de mi Departamento, resaltaría los siguientes: el Acuerdo GATT de 1994 y el Protocolo de la Ronda Uruguay anexo al mismo, que contienen las concesiones arancelarias y no arancelarias acordadas, el Acuerdo sobre las medidas sanitarias y fitosanitarias y el Acuerdo sobre obstáculos técnicos al comercio, dentro del conjunto de acuerdos interpretativos y sectoriales, así como los citados acuerdos sobre comercio de servicios y sobre derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio. Este rápido repaso del contenido y el alcance del Acta final de la Ronda Uruguay muestra claramente cómo sus objetivos y sus posibles efectos se relacionan siempre con los intercambios comerciales internacionales. Por ello, al valorar su impacto en las materias propias del Ministerio de Sanidad y Consumo deben tomarse en consideración los procesos de importación o exportación de bienes o servicios con relevancia sanitaria, las implicaciones sanitarias de una mayor liberalización de los intercambios y la repercusión de esta liberalización sobre los consumidores.

Como consideración previa al análisis de estas cuestiones hay que destacar que España se adhirió al GATT en 1963, por lo que desde entonces ha venido alineando su actuación en materia de comercio internacional con los principios y disposiciones derivados del mismo. Además, nuestro país forma parte de la Unión Europea, lo que supone que su protección exterior frente a países terceros ha

debido acomodarse, desde 1986, al régimen general comunitario y, sobre todo, que los intercambios con los demás Estados miembros se producen sin ningún tipo de traba arancelaria o no arancelaria. Por tanto, voy a hablar del primero de los temas citados: la repercusión de una mayor liberalización en el intercambio de bienes y servicios con incidencia en el terreno sanitario, para referirme a los productos farmacéuticos y sanitarios y a la prestación de servicios por profesionales sanitarios.

A pesar de la dificultad que puede entrañar valorar *a priori* un acuerdo de la envergadura del GATT-94, puede anticiparse que su repercusión en el sector de productos farmacéuticos y sanitarios será limitada desde la perspectiva de los importadores y compradores de estos productos. Quizá pueda detectarse algún efecto en cuanto a la exportación por las razones que luego indicaré, y, desde luego, debe considerarse siempre el impacto que sobre las recaudaciones obtenidas por el Estado, aunque actúe por cuenta de la Unión Europea, puede tener cualquier reducción arancelaria. Los compromisos en materia de disminución de aranceles y supresión de barreras no arancelarias para productos industriales fue uno de los temas más difíciles de las negociaciones de la Ronda. Tanto es así que permaneció en una situación de práctico estancamiento hasta julio de 1993, fecha en la cual durante una reunión del Grupo de los Siete en Tokio se logró llegar a un acuerdo que ha servido para desbloquear la negociación y como base para las ofertas de los principales países o grupos de países.

En concreto, la Unión Europea ha respetado íntegramente el contenido de este Acuerdo en sus propuestas. Dentro del Acuerdo de Tokio y, posteriormente, del GATT-94 se preveía la total eliminación de barreras arancelarias y no arancelarias para cinco sectores concretos entre los que se encuentran los productos farmacéuticos. Sin embargo, cuando se analiza el comercio internacional que mantiene nuestro país, se observa que esta plena supresión de barreras tendrá un alcance muy limitado. Por una parte, en materia de productos farmacéuticos la mayoría de nuestras importaciones proceden de los países comunitarios, un 59,3 por ciento en materias primas y productos acabados, o de los países de la Asociación Europea de Libre Comercio, de la EFTA, un 19,7 por ciento. El 21 por ciento restante se importa de los Estados Unidos, un 11,3; de Japón un 5,3 y de otros países el 4,2. Por tanto, la rebaja arancelaria afectará tan sólo a ese 21 por ciento, ya que las importaciones de la Unión Europea y de la EFTA están libres ya de cualquier derecho aduanero o barrera no arancelaria. Además, ese volumen de importaciones, que en 1991 ascendió a 26.651 millones de pesetas, está gravado con un arancel medio del 7 por ciento, arancel que deberá suprimirse a lo largo de cinco años en tramos anuales de aproximadamente un 20 por ciento anual sobre el arancel base. Se trata, por tanto, de una disminución muy limitada y progresiva que puede cifrarse económicamente en unos 370 millones de pesetas anuales. Una cantidad que se hace aún menor, en torno a los 160 millones de pesetas, descontando las materias primas y considerando solamente los productos acabados. Parece que estas variaciones no constituyen

por sí solas incentivos suficientes como para hacer variar los flujos comerciales de estos productos. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que estamos hablando de unos productos sometidos a intervención administrativa y que presentan peculiaridades en cuanto a la estructura de sus costes, lo que hace que la incidencia previsible del GATT en el precio final sea prácticamente inexistente.

La exportación de productos farmacéuticos es más una cuestión de política industrial que de política sanitaria. Por ello no estaría estrictamente incluida en las materias propias de la responsabilidad de mi Ministerio. No obstante, y por aportar a SS. SS. una visión completa del sector, puedo indicarles que los efectos del GATT-94 pueden ser, como antes apuntaba, algo más intensos y en principio favorables. Más del 54 por ciento del total de exportaciones de materias primas y el 25 por ciento de productos terminados se destinan a países distintos de los miembros de la Unión Europea o de la EFTA, dirigiéndose, en la mayoría de los casos, a países en vías de desarrollo. De ahí que el desarme arancelario por parte de estos países, muchos de los cuales no eran anteriormente parte del GATT, ofrecerá unas mejores oportunidades exportadoras a nuestra industria farmacéutica.

Como señalaba, una de las principales novedades en la Ronda Uruguay ha sido precisamente el inicio de las negociaciones y la obtención de los primeros acuerdos para regular, con arreglo a los mismos principios que el GATT, el comercio de servicios. El resultado definitivo, conocido por sus siglas inglesas GATS, el propio Acuerdo general, donde se establecen una serie de obligaciones y disciplinas generales aplicables a todos los servicios y a todas las partes en el acuerdo, una serie de anexos que se consideran necesarios para aplicar o interpretar las disposiciones del GATS a ciertos sectores particulares y las listas nacionales de compromisos iniciales de liberalización en forma de ofertas. Desde el punto de vista del sector sanitario, interesan especialmente las listas de liberalización o del comercio de servicios profesionales, ya que es en ellas donde se plasma la voluntad real de los Estados de comenzar el proceso de liberalización en los servicios, cuya prestación requiere la posesión de un título académico. Esta liberalización no tiene un impacto directo sobre los servicios sanitarios públicos, dado que se encuentran excluidos, según la interpretación más común aceptada por los países signatarios. De todo ello se desprende que, aunque el GATS supone un primer paso y una manifestación de la voluntad de las partes de avanzar en el camino y de dotar de una mayor fluidez a un sector de creciente importancia como es el de servicios, por el momento no se producirán variaciones sensibles, especialmente en el terreno de la sanidad pública.

La segunda de las cuestiones a analizar es el efecto que la voluntad liberalizadora del GATT puede tener sobre la capacidad de los Estados para actuar en defensa de sus intereses en el terreno de la salud pública. Tradicionalmente, el GATT había abordado estos temas en el capítulo de obstáculos técnicos al comercio, al que se dedican varios artículos del acuerdo general y que, tras la Ronda Tokio fue objeto de un acuerdo específico. El objetivo de estas dis-

posiciones ha sido siempre el mismo: armonizar el derecho de los Estados a proteger con medidas adecuadas la salud de sus ciudadanos, con una mínima incidencia desfavorable de estas medidas sobre el comercio internacional.

En la Ronda Uruguay se han tratado separadamente los obstáculos técnicos en general y las medidas sanitarias o fitosanitarias en particular. El interés por regular separadamente las medidas sanitarias y fitosanitarias obedece a dos razones. Por un lado, a la propia naturaleza de ese tipo de actuaciones, que con frecuencia hace de ellas un obstáculo engañoso y difícil de impugnar. Por otro, a la existencia de una creciente tendencia en los diferentes países para utilizarlos como elemento restrictivo del comercio, en una época en que la situación económica promueve ciertas actitudes proteccionistas que no pueden ampararse en otras barreras arancelarias o contingentarias ya suprimidas. El objetivo fundamental del Acuerdo es establecer criterios y procedimientos relativos a las medidas sanitarias y fitosanitarias para lograr ese equilibrio entre el derecho soberano de todo Estado a proporcionar el nivel de protección sanitaria que estime apropiado y la deseada liberalización de los intercambios internacionales.

El Acuerdo establece una definición común de medidas sanitarias o fitosanitarias considerando como tales todas aquellas que se apliquen para proteger, prevenir o limitar los daños sobre la salud y la vida de las personas, animales o vegetales frente a los riesgos resultantes en la entrada de plagas, enfermedades, organismos patógenos o portadores de enfermedades, aditivos, contaminantes, toxinas y radiaciones.

En principio, el GATT autoriza este tipo de medidas, pero busca su armonización a través de directrices y recomendaciones consensuadas internacionalmente o, en todo caso, que puedan ser justificadas científicamente.

Para conseguir el objetivo propuesto, el acuerdo propone seis principios o criterios básicos.

En primer lugar, el aumento de la transparencia de las medidas, debiendo los países basar sus decisiones en una evaluación apropiada de los riesgos y notificar adecuadamente a las demás partes sus normas nacionales.

Una reducción de la posible arbitrariedad de las decisiones que deberán estar basadas en análisis y datos científicos objetivos y ser necesarias para lograr la protección que se persigue.

El fomento de armonización de las normas, el respeto al principio de proporcionalidad, el seguimiento del acuerdo por un comité especial, y finalmente, la remisión al procedimiento habitual del GATT para la resolución de diferencias.

Por lo que se refiere a los obstáculos técnicos al comercio, el acuerdo específico que se ha suscrito contiene un compromiso similar al asumido para las medidas sanitarias. En concreto, los Estados que forman parte del acuerdo deberán velar para que los reglamentos técnicos o las normas que puedan adoptarse por razones de seguridad, sanidad, protección de los consumidores, defensa del medio ambiente u otros fines, así como los correspondientes mecanismos de prueba y certificación, no creen obstáculos innecesarios al comercio.

El acuerdo contempla cuestiones tales como la definición del obstáculo técnico, el ámbito de aplicación, los principios de obligado cumplimiento para las partes, la creación de un comité especializado y los procedimientos de consulta y solución de diferencias.

En el ámbito de aplicación se incluyen no sólo los reglamentos técnicos, sino también las normas relativas a procesos y métodos de producción.

En nuestro país el control sanitario de las mercancías y productos de importación y exportación es competencia exclusiva del Estado, que se desarrolla a través de los servicios de sanidad exterior. En este punto hay que volver a mencionar que España actúa, en relación con el comercio internacional, en el marco de la Unión Europea y que frente a productos procedentes de países no miembros, nuestra frontera funciona a todos los efectos como frontera comunitaria. Ello supone que si los productos implicados han sido objeto de esa armonización comunitaria, los criterios de control han de ser los establecidos para las normas de armonización, mientras que en caso de no darse tal armonización se aplica la normativa española.

Esta situación hace que los acuerdos sobre medidas sanitarias y sobre obstáculos técnicos vayan a tener una repercusión mínima en este campo, ya que las medidas sanitarias y las normas técnicas, vigentes actualmente en la Unión Europea, responden a los principios del GATT.

Igualmente nuestra normativa es plenamente homologable con la de los restantes Estados miembros de la Unión Europea en las materias no armonizadas, actuándose en todos los casos conforme a las reglas ya citadas de transparencia, rectitud, armonización y proporcionalidad.

Como último punto de mi intervención voy a referirme a la posible incidencia del GATT-94 sobre los consumidores, en aspectos distintos de los sanitarios, que estarían contemplados en la ya comentada repercusión del acuerdo sobre medidas sanitarias.

En realidad el GATT es un acuerdo pensado para favorecer el comercio y específicamente a los operadores económicos implicados en los intercambios internacionales. Por ello los efectos sobre los consumidores sólo pueden considerarse como un resultado indirecto del impacto que el Acuerdo tenga sobre los flujos comerciales.

En este sentido una primera consecuencia presumible del GATT es el aumento de la competitividad internacional como resultado de la supresión de barreras que protegen artificialmente producciones menos eficientes. Ello debería traducirse, en teoría, en una mejora en los precios de los productos, a la que habría que sumar los posibles beneficios que para el crecimiento económico de los Estados puede tener de incremento en los intercambios internacionales.

Puede esperarse también un aumento en la variedad de los productos y una mejora en su calidad, debida igualmente al apuntado aumento de competitividad a nivel internacional.

En todo caso se trata de unos efectos que, como puede observarse, están condicionados por otras variables económicas y que, por tanto, deberán confirmarse o no a medida

que los acuerdos vayan poniéndose en práctica a partir de 1995.

Pueden preverse también algunos efectos no deseados, inducidos por la apertura comercial que el GATT promueve. Uno de ellos sería el peligro de que aparezcan en el mercado productos de dudosa o baja calidad o incluso susceptibles de causar daños a la salud y seguridad a los ciudadanos.

En este supuesto ya me he referido a las facultades que el acuerdo técnico sobre medidas sanitarias y el acuerdo sobre obstáculos técnicos preservan a los Estados para determinar el nivel de protección que, desde el punto de vista sanitario y de calidad, han de disfrutar los ciudadanos.

Un problema muy debatido ha sido el de cómo ejecutar la garantía de un producto en un determinado país y los medios a utilizar para resolver reclamaciones o litigios en relación con productos procedentes de otros Estados miembros.

Las dificultades que presentan este tipo de problemas, dificultades que hacen que dentro de la propia Unión Europea sólo se haya comenzado a darles respuesta, es posible ir adoptando medidas que tiendan a evitarlas; pero una vez más hay que señalar que cualquier solución debe producirse en el contexto de las actuaciones comunitarias en materia de política comercial.

Hay que destacar el esfuerzo renovador que está emprendiendo la Unión para mejorar sus mecanismos de decisión en el terreno de la política comercial, de forma que respondan mejor al aumento y diversificación de prácticas desleales por parte de terceros países.

Las reformas previstas se circunscriben a las prácticas más extendidas como el «dumping» o las subvenciones y persiguen ante todo proteger las producciones comunitarias, pero también es cierto que constituyen un paso adelante en la actualización de los procedimientos de decisión comunitarios en materias de gran interés para los Estados miembros y que en ellas se ha tenido muy presente la realidad que se configura en los acuerdos del GATT. Por tanto, es de esperar que se conviertan en un precedente de la actuación comunitaria en otros terrenos relacionados con el comercio internacional.

Creo, por tanto, que puede afirmarse con razonable seguridad que los acuerdos derivados de la Ronda Uruguay no tendrán una repercusión decisiva en ninguna de las áreas en que se proyecta la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La idea fundamental que, a mi juicio, debe extraerse de las pasadas negociaciones del GATT-94 es que nos encontramos ante un entorno internacional más competitivo, más abierto, que ofrece mayores oportunidades pero que, para poder aprovecharlas, exige un esfuerzo mayor de los agentes económicos implicados. En ese esfuerzo es en el que creo que debemos implicarnos todos para aprovechar las ventajas que el nuevo acuerdo ofrece.

Gracias, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Ministra de Sanidad y Consumo.

Por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Hernando tiene la palabra.

El señor **HERNANDO FRAILE**: Nuestro grupo había planteado esta comparecencia como informativa. Le aseguro, señora Ministra, que usted no me aburre; tampoco me satisface. Entenderá que sólo satisfaga a los miembros de su grupo socialista que le mantienen y a veces a algún otro grupo que también de vez en cuando le apoya. Lo que sí me llama la atención, incluso a veces me abruma, es el carácter didáctico de sus exposiciones.

Nosotros habíamos pretendido que nos hiciera un resumen del impacto porque cuando se aprobó el GATT es un acuerdo de gran importancia para los países en vías de desarrollo de cara a favorecer el crecimiento del Tercer Mundo. La conclusión, sin duda, es que el impacto es escaso; es extenso por su propia exposición y que tan sólo va a afectar a 370 millones de pesetas anuales, al parecer, que es lo que importamos en productos farmacéuticos y sanitarios siempre que entendamos que esa importación afecta sólo a la actual relación, que es el 4 por ciento, de esos otros países que no son la Unión Europea, la EFTA, ni USA, ni Japón.

A nosotros nos gustaría que nos precisara, ya que es el único impacto y la única pregunta, es muy breve, si existe previsión de que ese 4 por ciento crezca en nuestras importaciones, debido precisamente a la reducción de los costes de algunos productos que se fabrican en estos países.

En lo que a nosotros se refiere nada más. Yo creo que esta comparecencia podía haber sido mucho más corta para lo que se ha expuesto.

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

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

El señor **CARDONA I VILA**: Después de lo que acabo de oír, no sabía si intervenir o no, pero en cualquier caso lo hago para no ser descortés desde el punto de vista parlamentario.

Nosotros entendemos que los acuerdos a que se ha llegado en la Ronda Uruguay del GATT tienen como consecuencia más destacada, como se ha dicho, la liberación de mercados y, por tanto, el aumento de la competitividad.

Por lo que hace referencia al sector sanitario estos acuerdos no tienen efectos directos dadas las especiales características del sistema sanitario en nuestro país, pero es preciso tener presente que indirectamente estos acuerdos afectan a sectores industriales y económicos que se encuentran inmersos en el ámbito sanitario, sea farmacia, tecnología, etcétera. Ello quiere decir que dentro de un sistema más abierto que se va a dar a partir de ahora, habrá un incremento de esta competitividad.

Es precisamente en esta línea hacia donde va el mensaje que se quiere impulsar desde la Generalidad de Cataluña en materia sanitaria. Este mensaje se basa precisamente en la necesidad de utilizar técnicas de gestión empresarial y

utilizar los recursos —recursos siempre limitados en relación a las necesidades— de forma lo más eficaz y eficiente posible; en definitiva hacer más competitivo nuestro sector sanitario.

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

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Sin ningún ánimo de entrar en polémica y, desde luego, sin interferir en absoluto en la libertad y el derecho que tienen todos los grupos de la Cámara para solicitar las comparencias que consideren oportunas, también tengo yo la obligación, ejerciendo ese derecho y en este turno de fijación de posición, de expresar precisamente que la esterilidad de determinados debates es evidente.

Creo que es de todos conocido; me alegro que si la exposición de la señora Ministra ha sido didáctica y a partir de ahora por lo menos será conocido lo que significa el GATT. ¿Qué es el GATT? El GATT es un Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles; es un acuerdo que se hizo en un determinado momento cuando el proteccionismo sobre el comercio exterior era un proteccionismo fuerte, y me remonto al año 1947. Ha habido múltiples negociaciones para que los aranceles fueran disminuyendo, para que las barreras, las restricciones cuantitativas desaparecieran (éste era uno de los objetivos del GATT), para que se aplicara la cláusula de nación más favorecida y la cláusula de trato nacional, para que se estableciera un código «anti-dumping», etcétera; es decir, miles y miles de negociaciones.

Por tanto, por su propia naturaleza en el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (que no son más que las siglas inglesas de GATT) no hay un acuerdo del GATT, sino que es un acuerdo que se va desarrollando en diversas rondas durante muchos años, es un acuerdo muy complicado y que afecta a muchas cosas. Los que nos dedicamos a la economía desde hace 22 años tenemos muy claro que afectá única y exclusivamente al comercio. El acuerdo general sobre aranceles y comercio es un objetivo comercial. Al ser un acuerdo comercial significa que entran múltiples mercancías y múltiples partidas arancelarias, miles y miles de mercancías distintas y de valores arancelarios diferentes y, por tanto, su negociación es complicada sobre cuestiones que, de manera más global, afectan más a una serie de productos, sobre todo desde el punto de vista de los productos industriales, que a los países industrializados. Quisiera decir que este acuerdo no tiene ninguna ventaja para los países subdesarrollados, sino todo lo contrario; es un acuerdo que beneficia a aquellos países que incorporan en sus mercancías mayor valor añadido, por tanto, países desarrollados. El que haya libertad de exportación beneficia fundamentalmente a estos países. Por tanto, yo creo que es una comparencia puramente de comercio.

Aprovecharía para aclarar algunas cosas a la señora presidenta. No creo que los servicios de la Cámara se hayan equivocado. Quizá los servicios de la Cámara hayan estado más listos que nosotros, Diputadas y Diputados, al haber interpretado que la interpelación es para el Ministro de Comercio. En cualquier caso quiero dejar claro en esta Comisión que, además, hay una iniciativa parlamentaria pendiente, una interpelación del Grupo Catalán (Convergència i Unió), que pretendía se hiciera un debate general sobre este tema. En base a esta iniciativa del Grupo Catalán (Convergència i Unió), el Ministro de Comercio se comprometió públicamente a presentar un informe a esta Cámara para que haya un debate sobre el tema; un debate en el ámbito que debe ser, que es en el ámbito del Comercio y, además, en el Pleno de la Cámara.

Por tanto, no me queda más que felicitar a la señora ministra porque ha sido capaz de dar una explicación didáctica que ha complacido al grupo de oposición, por tanto ha debido de ser buena y decirle también que no se preocupe, que si no es en el Ministerio de Sanidad está claro que en el Ministerio de Comercio tiene mucho porvenir.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Me preguntaba el señor Hernando sobre la incidencia de los acuerdos en la importación. Los datos que puedo facilitarle son los siguientes: La rebaja arancelaria que introduce el GATT afecta sólo, como ya he dicho, al 20,94 por ciento de las importaciones; el arancel medio de estas importaciones de países fuera de la Unión y de la EFTA es del 7 por ciento; la disminución arancelaria, al cero por ciento, se producirá en cinco años con tramos de un 20 por ciento anual sobre el arancel base; la disminución real arancelaria anual será del 1,4 por ciento; repercutirá anualmente sobre 373 millones de pesetas de productos acabados en materias primas de importación.

Respecto a la exportación, hay efectos favorables en la exportación de productos farmacéuticos, pero su pregunta se ceñía a los efectos que va a producir la importación, y éstos son los datos que puedo facilitar a S. S.

A los demás intervinientes agradecerles sus comentarios.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ministra de Sanidad y Consumo, por sus tres comparencias en esta Comisión, así como al equipo del Ministerio, al que también damos las gracias por su asistencia.

Señoras y señores Diputados, cumplimentado el orden del día, se levanta la sesión.

**Eran las siete y cincuenta minutos de la tarde.**

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961