DIARIO DE SESIONES DE LAS

CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 1994 V Legislatura Núm. 37

PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LA DROGA

PRESIDENTE: DON ANTONIO MARTINON CEJAS

Sesión núm. 8

celebrada el martes, 24 de mayo de 1994, en el Palacio del Senado

ORDEN DEL DIA

Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Consumo, Excma. Sra. doña María Angeles Amador Millán, para informar sobre la evaluación del Informe aprobado por la Comisión Mixta para el estudio del problema de la droga en la pasada Legislatura. (Números de expedientes S. 711/000062 y C. D. 213/000328.)

Se abre la sesión a las doce horas y cinco minutos.

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, se abre la sesión.

Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para informar sobre la evaluación del Informe aprobado por la Comisión Mixta para el estudio del problema de la droga en la pasada Legislatura.

Tiene la palabra la señora Ministra, a quien doy la bienvenida a la Comisión.

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

Quiero comenzar esta comparecencia ante la Comisión agradeciendo la oportunidad que me ofrece para informar a sus señorías sobre la atención sanitaria a los drogodependientes y la valoración que hacemos del Informe aprobado por esta Comisión Mixta.

La atención sanitaria a los drogodependientes es un aspecto que debe considerarse indispensable dentro del conjunto de medidas en la lucha contra la drogadicción. El consumo de drogas sigue siendo un problema muy grave que preocupa seriamente a la sociedad española, y para hacerle frente son necesarias medidas en todos los campos, desde la información y la educación de los ciudadanos hasta la represión de su tráfico. Estas medidas han de ser

asumidas y puestas en práctica por todas las Administraciones Públicas, por profesionales de muy diversas especialidades y por la propia sociedad en su conjunto.

Desde el punto de vista estrictamente sanitario la drogadicción es, por encima de todo, un problema de salud pública que genera dos tipos importantes de efectos de relevancia sanitaria: por una parte, las propias consecuencias nocivas que el consumo de drogas produce sobre la salud de sus usuarios, y, por otra, la amplia gama de complicaciones sanitarias asociadas a la drogadicción, como el contagio de sida, de hepatitis o los daños derivados de accidentes de tráfico vinculados al consumo de drogas.

El drogadicto es, en términos sanitarios, una persona cuya salud se ve afectada por su hábito y que corre el riesgo de contraer otras muchas enfermedades, algunas de ellas de extraordinaria gravedad. La misión del sistema sanitario ha de ser, por tanto, atender a los problemas de salud que la drogadicción comporta, previniendo su aparición y aportando la asistencia necesaria cuando aparece la enfermedad. La complejidad del problema de la drogadicción y la pluralidad de entidades implicadas en su tratamiento hacen que cualquier decisión en este terreno deba tomarse teniendo en cuenta la totalidad de las medidas adoptadas.

Las acciones específicas de atención sanitaria en relación con la drogodependencia se han acordado en el seno de la Conferencia Sectorial de Drogas y en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, como órganos de deliberación y colaboración de las Administraciones Públicas y de todos los sectores sociales involucrados.

Para el presente año, la Conferencia Sectorial adoptó, en su reunión de 1993, unas llamadas «líneas de intervención prioritarias 1993-94» que identificaban dos tipos de necesidades. De una parte, la necesidad de aumentar el compromiso de los servicios públicos con las actuaciones relacionadas con los distintos aspectos del consumo de drogas. En segundo lugar, la de perfeccionar las fórmulas de coordinación interinstitucional y con las organizaciones no gubernamentales. Esto supone, en el terreno sanitario, que el sistema nacional de salud debe garantizar la atención de los problemas ocasionados por las drogodependencias coordinándose con todas las Administraciones implicadas, y para ello es necesario abordar el problema mediante la prevención y la promoción, en materia de drogadicción y sida, y la prevención y la promoción en materia de alcoholismo y tabaquismo. Por último, a través de la atención sanitaria en las vertientes de prevención y tratamiento de los efectos directos de la drogadicción y de sus procesos asociados.

Voy a hablar por tanto, señorías, en primer lugar de la prevención y promoción de hábitos saludables en materia de drogodependencias y sida. Un ejemplo particular de las relaciones entre drogadicción y salud lo constituye, por sus características y por su importancia, la infección por VIH. Es importante destacar que —como sus señorías conocen— a la gravedad que en sí presenta el consumo de drogas se añade en nuestro país que la infección por VIH afecta principalmente a usuarios de drogas por vía parenteral. Por eso, la forma en que se está abordando el tratamiento del binomio droga-sida puede servir como muestra del modo en que deben tratarse los problemas de salud asociados a los de drogadicción.

Un 64 por ciento de los casos de sida acumulados registrados en nuestro país se dan en usuarios de drogas por vía parenteral. Otro 2,2 por ciento más son varones homo o bisexuales que también consumen drogas parenterales. Muchos de los casos de transmisión heterosexual o de sida pediátrico están asociados de forma indirecta con el consumo de drogas. De los casos de transmisión heterosexual en que se conoce la práctica de riesgo de la pareja, el 71 por ciento eran parejas de usuarios de drogas por vía parenteral; en el 72 por ciento de los casos de transmisión madre-hijo la madre era usuaria de drogas. Se da, además, la circunstancia de que el colectivo de usuarios de drogas es más difícilmente accesible y menos permeable a la información sobre prevención y acceso a cuidados sanitarios que otros grupos con distintas prácticas de riesgo.

Por todo ello, hay que dedicar especial atención a disminuir los comportamientos de riesgo para la adquisición y transmisión del virus por esta vía y hacerlo con procedimientos adecuados para asegurar la eficacia de las iniciativas que emprendamos. Es preciso conceder absoluta prioridad a la prevención del sida porque sus características epidemiológicas y las irreparables consecuencias de la enfermedad así lo exigen.

En consonancia con estos planteamientos, en la última reunión celebrada por la Comisión Nacional del Plan del Sida se adoptaron los objetivos prioritarios, de los que voy a dar cuenta a continuación a sus señorías, dirigidos a usuarios de drogas por vía parenteral y jóvenes: El primer objetivo es prevenir la transmisión sexual promoviendo el aprendizaje y la instauración de prácticas de sexo seguro en sentido amplio; en segundo lugar, prevenir la transmisión por vía parenteral con actuaciones como reducir, con el objetivo de llegar a eliminar, el uso compartido de jeringuillas; promover el uso de jeringuillas estériles y promover el cambio de vía de administración.

Para el logro de estos objetivos, están a punto de iniciarse varias actuaciones. En primer lugar, y en el marco de la educación para la salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha suscrito un convenio con los Ministerios de Asuntos Sociales y de Educación y Ciencia para la realización de actividades específicas de educación en materia afectivo sexual. Este convenio está dotado con 105 millones de pesetas, de los cuales el Ministerio de Sanidad y Consumo aporta algo más de 69 millones. Con ellos se van a financiar proyectos que, con la participación de toda la comunidad escolar, aporten al alumnado una información objetiva, completa y rigurosa sobre la relación sexual, fomenten la adquisición de actitudes positivas y responsables ante la misma y promuevan la responsabilidad y la ética social para evitar riesgos en las relaciones interpersonales.

La prevención e información en el ámbito escolar ha estado acompañada de campañas informativas de alcance nacional y dirigidas a la población en general. Se han realizado campañas de este tipo en los años 1987, 1988, 1990 y 1993 y está previsto continuar a lo largo de este año. Las

campañas son las que tienen mayor difusión por su ámbito territorial, por los medios de comunicación empleados y porque están dirigidas al conjunto de los ciudadanos, pero sólo constituyen una parte de las acciones de este tipo que se han llevado a cabo. Existen otras muchas, más limitadas en contenidos o en marco geográfico, que se han realizado por la Administración Central, por las Comunidades Autónomas, por entidades locales o por organizaciones no gubernamentales. La ventaja de este tipo de acciones radica en que resultan más eficaces para llegar a determinados colectivos que, como antes indicaba, no son de fácil acceso pero que se muestran más receptivos ante iniciativas promovidas por instancias que ellos consideran más próximas. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene previsto realizar tres actuaciones en este sentido durante el año 1994: una dirigida a los jóvenes, otra a toxicómanos y otra a personas que ejercen la prostitución. Existen algunas experiencias muy interesantes destinadas concretamente a los usuarios de drogas por vía parenteral. Me gustaría destacar la desarrollada en el País Vasco, donde se ha puesto en marcha un programa de educación sanitaria dirigido a toxicómanos, basado en la distribución subvencionada y a través de las farmacias, de un «kit» que incluye jeringuilla, preservativos e información sobre prevención.

Los resultados de este programa y los de otros impulsados por otras administraciones u organizaciones no gubernamentales los valoramos muy positivamente. Se observa, por ejemplo, que el «kit» antisida está desplazando progresivamente a la jeringuilla normal y que aumenta la tendencia, ya constatada, a no compartir jeringuillas. En todo caso, esta experiencia está sirviendo para evaluar la utilidad de nuevas fórmulas para la prevención del contagio de VIH por consumo de drogas.

Un segundo tipo de actuaciones está relacionado con la promoción de la participación de los ciudadanos en la prevención y en la atención del sida. Para ello, aparte de la constante colaboración institucional que se viene manteniendo con las organizaciones no gubernamentales que se dedican específicamente a atender el problema del sida, se han creado subvenciones dirigidas específicamente a su prevención en usuarios de drogas por vía parenteral.

Entre los proyectos objeto de aportación pública podría citar los de distribución de material de inyección, los de instalación de teléfonos permanentes de información o los de elaboración y distribución de material informativo específico. En 1994, al igual que el año pasado, la cifra total destinada a apoyar el trabajo de las organizaciones no gubernamentales se situó en torno a los 125 millones de pesetas.

En tercer lugar, siguiendo el orden que había establecido, hay que hacer referencia a actuaciones que, aunque dirigidas a la totalidad de afectados por VIH-sida o a todas las posibles vías de contagio, tienen una relevancia especial para el colectivo de usuarios de drogas. Es el caso, por citar sólo un ejemplo, de los programas de atención a drogodependientes que se están realizando en atención primaria y atención especializada en el ámbito del Insalud, a los que después me referiré.

Algo similar sucede con la campaña de información y prevención dirigida a jóvenes entre 16 y 25 años que el Ministerio va a desarrollar durante el presente año. Esta campaña se va a llevar a cabo mediante la instalación de pantallas interactivas en universidades y centros de formación profesional de todo el Estado. Las campañas contienen información sobre VIH-sida, vías de transmisión, medidas preventivas, presentadas de forma que sean atractivas para los jóvenes y asimilables para la población a la que están específicamente destinadas. Se van a instalar un total de 80 pantallas, y está previsto que el sistema esté en funcionamiento el próximo día 1 de diciembre de este año.

Por lo que se refiere a la prevención y promoción de hábitos saludables en materia de alcoholismo y tabaquismo, aunque estos hábitos deben diferenciarse de otras drogodependencias, por su diferente consideración y consecuencias sociales son hoy en España un grave problema para la salud y están incidiendo de manera alarmante en nuestros jóvenes. Los efectos hacen que la lucha contra el consumo del tabaco y el abuso del alcohol sean también un objetivo importante en la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo. El convenio entre este Ministerio, el de Asuntos Sociales y el de Educación y Ciencia, siguiendo la pauta marcada en años anteriores, prevé también actuaciones para la prevención del abuso del alcohol por parte de los jóvenes.

Creo, sin embargo, que donde más urgente se hace en estos momentos una actuación por parte de las autoridades sanitarias es en materia de publicidad. La regulación actual presenta, a mi juicio, una excesiva permisividad y algunos vacíos normativos evidentes, por ejemplo, en lo que se refiere a la publicidad indirecta. También presenta dificultades administrativas para el control y seguimiento del cumplimiento de las normas. Por ello, el Ministerio está preparando dos proyectos de Reales Decretos encaminados a resolver estos problemas para lograr una mejor protección de la salud de los consumidores y, especialmente, una mayor protección de la información dirigida a los jóvenes.

Por lo que se refiere a la atención sanitaria, los problemas asistenciales destinados a usuarios de drogas se desarrollan teniendo en cuenta las siguientes premisas: En primer lugar, que gran parte de la patología derivada del consumo de drogas es de carácter transmisible; en segundo lugar, que la atención debe realizarse a través de las estructuras sanitarias existentes, evitando el aislamiento y asegurando la igualdad en el acceso a los recursos y a las prestaciones; por último, que la asistencia que necesitan estos pacientes requiere un apoyo importante de los recursos sanitarios especializados. Y partiendo de estas premisas, los objetivos de las actuaciones que estamos llevando a cabo desde los servicios asistenciales del Instituto Nacional de la Salud son los siguientes:

En primer lugar, se trata de prevenir las enfermedades que se producen como consecuencia del consumo. En segundo lugar, diagnosticar precozmente y tratar las enfermedades infecciosas secundarias. En tercer lugar, inducir a los drogodependientes al rechazo de la droga o hacia prácticas de reducción del daño. En cuarto lugar, tratar los aspectos médico-biológicos de las dependencias. Y, por úl-

timo, se intenta controlar sanitariamente los procesos de deshabituación, especialmente en sus primeros momentos. A estos objetivos se orientan ocho diferentes programas, de los cuales seis se realizan en el ámbito de la atención primaria y los dos restantes en el de la especializada.

En atención primaria se están llevando a cabo los programas de control de enfermedades infecciosas, de vacunación, de reducción del daño mediante disminución de prácticas de riesgo, de mantenimiento mediante dispensación de sustitutivos, fundamentalmente la metadona, de reducción de mortalidad por reacción aguda y de atención a embarazos de riesgo. Por su parte, la atención especializada está desarrollando un programa de participación en desintoxicaciones y deshabituaciones y otro específico de formación de profesionales. Voy a explicar un poco más a sus señorías, si me lo permiten, cada uno de estos programas.

El Programa de control de enfermedades infecciosas ofrece a todos los consumidores de drogas la posibilidad de someterse a pruebas de detección de sida, de hepatitis y de tuberculosis para mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento de estas enfermedades, que son hoy las más frecuentes en este colectivo. Este programa se está desarrollando con normalidad en los centros de salud, pero para mejorar su aplicación se ha elaborado un protocolo para su inclusión, junto a los restantes programas de atención al drogodependiente, en la cartera de servicios de atención primaria para el año 1995. Durante el presente año, se está trabajando en el establecimiento de indicadores y de normas técnicas que nos permitan evaluar la cobertura que estamos alcanzando y los resultados que vamos obteniendo.

El Programa de vacunación se dirige a los consumidores y a las personas de su entorno para que puedan acceder a la profilaxis de las enfermedades que se producen como consecuencia del consumo y, fundamentalmente, el tétanos, la hepatitis B y la tuberculosis. Está funcionando normalmente y, como ocurre con el anterior, también se va a incorporar a la cartera de servicios en las condiciones que he señalado.

La reducción de las prácticas de mayor riesgo mediante la modificación de hábitos de consumo y el acceso de los drogodependientes a material de inyección estéril y a preservativos es el objetivo del Programa de reducción del daño. Actualmente, en algunos centros de salud se suministran jeringuillas a los consumidores que las solicitan y que acuden al centro con carácter habitual, y está en estudio la forma y condiciones en las que podremos generalizar la distribución de este material.

El programa de mantenimiento con sustitutivos tiene por objeto dispensar estos productos, fundamentalmente metadona, en centros o servicios debidamente autorizados. Debido a sus características, este programa todavía no se ha iniciado, porque ha requerido un estudio cuidadoso y no hemos podido ponerlo en práctica sin valorar antes todos los aspectos y los casos y circunstancias en que resulta adecuado. Por el momento, se ha elaborado ya un protocolo en colaboración con los servicios sociales y sanitarios de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento para el suministro de tratamientos sustitutivos con opiáceos y su implantación piloto en tres áreas de Madrid, con una población total de 1.852.826 habitantes. Se ha llegado al acuerdo de que esta distribución se realice a través de seis puntos en centros de día de salud mental de la Comunidad de Madrid, con el apoyo de los recursos de atención primaria y especializada del Insalud.

El Programa de reducción de la mortalidad por reacción aguda del Plan Nacional sobre Drogas se concreta, en relación con las estructuras sanitarias, en la optimización de las actuaciones de los servicios médicos de urgencia frente a estas situaciones.

El objetivo del Programa de embarazos de riesgo pretende dar respuesta a las especiales necesidades sanitarias de las mujeres embarazadas usuarias de drogas. Actualmente, cualquier embarazada consumidora de drogas o con VIH positivo se incluye dentro de los programas de embarazo de alto riesgo, prestándose también la atención adecuada al feto y al recién nacido.

El Programa de participación en desintoxicaciones y deshabituaciones se desarrolla también en el ámbito de la atención especializada. El objetivo asistencial de este programa es facilitar los cuidados médicos y de enfermería necesarios durante la primera fase de desintoxicación y, para ello, la persona drogodependiente, derivada desde el centro ambulatorio de deshabituación, es ingresada en un hospital de agudos y cuenta con el apoyo de las especialidades que en su caso requiera. En este momento, existen unidades de desintoxicación en trece hospitales del Insalud, con una disponibilidad de cincuenta y siete camas, y está en creación el desarrollo de nueve plazas.

El Programa de formación de profesionales es en cierto modo un programa marco en el que se apoyan todos los demás. Su finalidad es mejorar la formación específica y la motivación de los profesionales sanitarios en contacto con consumidores de drogas. La formación se dirige principalmente a los médicos y enfermeros de atención primaria, con la participación de especialistas de los servicios hospitalarios médicos, y así se han desarrollado programas en relación con la asistencia a enfermos con VIH-sida en la totalidad de las áreas sanitarias y especialmente en Madrid.

No querría dejar de mencionar las medidas asistenciales dirigidas a las personas drogodependientes internadas en establecimientos penitenciarios. Hay un importante trabajo de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que se está haciendo en los mismos centros penitenciarios, igual que son los propios servicios sanitarios penitenciarios los que asumen una parte importante de la atención sanitaria de estos enfermos. Pero ha crecido la demanda de servicios especializados y hospitalarios, que debe ser resuelta en coordinación con los recursos del Sistema Nacional de Salud. El Programa de prevención y control del sida, desarrollado por el Ministerio de Justicia e Interior, se inició en el año 1989. Con él se ha conseguido la coordinación de esfuerzos entre las Administraciones sanitaria y penitenciaria y la obtención de unos resultados que pueden valorarse positivamente, aun cuando todavía no podemos darnos por satisfechos de ningún modo con lo conseguido.

Para concluir esta primera intervención, señorías, querría destacar algo que espero haber transmitido ya con claridad a lo largo de mi intervención.

Para los servicios sanitarios públicos, el usuario de drogas es una persona a la que su hábito puede acarrear directa o indirectamente una serie de problemas de salud que deben ser prevenidos y, en su caso, tratados. En este sentido, el sistema sanitario español, señorías, proporciona a estos enfermos toda la asistencia médica y de enfermería que precisan. Algunos aspectos específicos, no directamente relacionados con la asistencia a las enfermedades, están siendo tratados mediante programas especiales, unos de carácter preventivo —como la vacunación, los embarazos de riesgo— y otros dirigidos al control de la propia drogodependencia —el suministro de sustitutivos, las unidades de desintoxicación—. Ciertamente, estos últimos son los que presentan más dificultades de aplicación, ya que deben valorarse todas las implicaciones de su puesta en práctica y es necesario un amplio consenso para hacerlos efectivos. Pero creo que, como les indicaba, nuestro sistema sanitario está empezando a responder adecuadamente a las necesidades asistenciales de estos enfermos, dando muestras de la plena vigencia de ese principio de solidaridad, que es uno de sus rasgos característicos.

Muchas gracias, señorías, por su atención.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora Ministra.

Por el Grupo de Izquierda Unida, tiene la palabra el señor Vázquez.

El señor **VAZQUEZ ROMERO:** Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Ministra, por su información en esta su primera comparecencia en esta Comisión Mixta para el Estudio del Problema de la Droga.

Voy a intentar seguir el orden de su intervención.

Si los datos de los que dispongo no están equivocados, tenemos la cifra más alta de enfermos con VIH —sida o complejos asociados al sida— en niños recién nacidos por transmisión vertical madre-hijo de toda Europa, lo que sin duda obligaría, a que, además de ampliar las acciones que usted ha citado, señora Ministra, a hacerlas mucho más extensas, a implicarse mucho más en esta situación.

Se ha referido a la educación para la salud y a los diferentes proyectos para generar actitudes positivas en los escolares, aumentar la responsabilidad y una ética social, etcétera. Todavía no han sido aplicados, y hay una partida de 105 millones para los mismos. Estamos ya en 1994, el problema de las drogas es viejo ya en nuestra sociedad, el problema del sida también, la tendencia no es a decrecer sino a crecer y, por tanto, nos parece poco razonable que estemos todavía en esa situación. Eso debería estar ya aplicado y, probablemente, con unas cantidades presupuestarias sensiblemente mayores.

Hay algo que no es competencia de su Ministerio y que, por tanto, usted no ha citado, pero hablando del ámbito escolar en el que se circunscribe esta pauta o esta línea de educación para la salud, algo en lo que insistimos siempre porque nos parece esencial es en el control del absentismo y del fracaso escolar, y repito que no es competencia de su Ministerio. El dinero que se dedique a la prevención de estas dos cosas, fundamentalmente del absentismo, será muy útil porque es en ese espectro de población de los barrios marginales donde se asienta el mayor caldo de cultivo para el uso y el abuso de las drogas como, sin duda, usted conoce.

Comparto su opinión de que la experiencia de Euskadi en la administración de los «kit» sanitarios de agujas, jeringuillas, preservativos, etcétera, está siendo muy útil. Habría que extender desde su Ministerio este tipo de acciones o políticas que, como usted ha dicho y en esto coincidimos, tienen una gran utilidad, y habría que hacerlo respetando las competencias autonómicas en materia sanitaria de aquellas Comunidades que las tengan, claro está.

La cifra de 125 millones para apoyar a las ONG nos parece, señora Ministra, ridícula cuando una parte importante de la prevención e, incluso, del tratamiento no estrictamente sanitario está siendo llevado a través de ONG o, al menos, las ONG juegan un enorme papel en este terreno.

Cuando hablamos de ONG todo el mundo canta maravillas de ellas, todo el mundo habla de sus excelencias, pero entre el dicho y el hecho siempre hay un buen trecho. Hacer una gran valoración de las ONG es una cosa y dar una subvención económica adecuada para permitir su funcionamiento ya es otra cosa. En este caso, esos 125 millones nos parecen, sinceramente, ridículos. En otros campos de la política del Estado se produce la misma situación a la que me refería anteriormente. A las ONG se les dan muy buenas palabras, pero hay una enorme tacañería a la hora de aportarles recursos que les permitan funcionar.

Por otro lado, habrá que valorar qué utilidad real tienen esas 80 pantallas interactivas que van a ubicar en diciembre de este año en universidades o en centros escolares de enseñanza superior. Creo que el segmento de población universitario no es el más directamente afectado por este problema, dicho así a bote pronto. No está de más dedicar recursos económicos y técnicos a extender entre los universitarios hábitos saludables, prevención y educación en una palabra. Pero probablemente son otros los segmentos sociales que están muchísimo más necesitados. Los recursos económicos que se van a dedicar a este tipo de acciones en el medio universitario, aunque no estoy oponiéndome a que se instalen las pantallas, son probablemente mucho más necesarios en ambientes escolares inferiores.

Usted ha pasado un poco por encima sobre la problemática del alcohol y del tabaco que está adquiriendo en nuestro país proporciones enormes. Las consecuencias son tan importantes como las atribuibles a drogas más modernas. El tabaco y el alcohol son drogas asimiladas por nuestra cultura y que, por tanto, no despiertan tanta alarma social ni generan actitudes llamativas. No obstante, son un problema importante y no sólo para la juventud. El nivel de patologías que se ven en el Sistema Nacional de Salud relacionadas con el alcohol, no sé si usted tendrá las cifras ahí, son enormes y no hablo sólo del gasto económico. El gasto social, el gasto personal, que supone para nuestro país el alcohol es probablemente infinitamente superior al que producen las drogas. Son pocas las acciones que se dedican a este apartado. No solamente hay que actuar en el

terreno de la publicidad. Hay que actuar en muchos otros. Es cierto que existe un vacío legislativo que permite que gran parte de actividades deportivas estén ligadas al placer, bienestar, éxito y consumo de tabaco o del alcohol. Esta situación debería preocuparnos bastante más a todos y, en concreto, a los que tienen responsabilidades de gobernar.

Usted ha citado algunos aspectos sanitarios, las patologías transmisibles, la evitación del aislamiento, la igualdad de oportunidades de acceso y el apoyo de recursos especializados. Estoy absolutamente de acuerdo con su forma de ver la asistencia sanitaria. Ahora bien, creo que los recursos que se dedican no son los suficientes.

En cuanto al primero de los programas de asistencia primaria, el de vacunación y control de enfermedades infecciosas, sida, tuberculosis y hepatitis B sabe, señora Ministra, que ya el año pasado y en éste estamos teniendo un crecimiento exponencial de tuberculosis en nuestro país que debería de obligar a emprender acciones muy firmes.

El hecho de que en Madrid no se haya iniciado, excepto en esos seis puntos que usted ha citado, la dispensación de metadona en centros autorizados no es presentable a estas alturas. No estamos hablando de un problema que está empezando, sino de un problema que está perfectamente asentado en nuestra sociedad, arraigadísimo hasta el último capilar. Por eso, no nos ilusiona oír que aún lo están estudiando, que debería estar ya en marcha hace mucho tiempo, etcétera. Más vale tarde que nunca, pero tendría que haberse llevado adelante hace mucho tiempo ya.

Me gustaría que me dijera en qué se concretan las medidas de optimización de los servicios médicos de urgencias para disminuir la mortalidad por sobredosis. ¿Están ustedes haciendo algún tipo de curso para médicos de urgencia o para residentes que son los que fundamentalmente están en las urgencias de los hospitales del sistema sanitario público para que éstos aprendan a tratar las intoxicaciones o las sobredosis por drogas parenterales? En todos los hospitales, al menos en los que yo conozco, el problema se soluciona bastante bien porque la gente está suficientemente formada en ese terreno. Probablemente, no sea un programa a realizar en centros hospitalarios de las grandes ciudades, sino en los centros de salud de los pueblos donde el nivel de formación es menor, al menos por la cantidad de casos que ven en un período de tiempo.

El hecho de que haya 57 camas en 13 hospitales del INSALUD para tratar las desintoxicaciones y las deshabituaciones nos parece, sinceramente se lo digo, poco presentable. Es muy poco presentable que en 13 hospitales del INSALUD sólo haya 57 camas para tratar estos problemas.

Una parte importante de la operatividad, en esto coincido con usted, del problema de las drogas se está produciendo en el interior de las instituciones penitenciarias, lo cual no es raro teniendo en cuenta que en las cárceles españolas un porcentaje superior al 85 por ciento de los internos está allí por su relación con el mundo de las drogas. Esto hace que la prevalencia de marcadores de hepatitis B, de VIH y de hábitos tóxicos en relación con las drogas sea infinitamente más alta que en la población general y que, por tanto, haya que dedicar recursos importantes en las instituciones penitenciarias. A mí me consta que se han hecho muchas cosas en las instituciones penitenciarias. Pero tampoco nos podemos sentir excesivamente orgullosos de cómo está la situación en las cárceles. Reconozco, no obstante, que se han dedicado recursos y esfuerzos para tratar este tema.

Señora Ministra, me gustaría que nos hiciera alguna precisión respecto de las cifras que hemos citado. Espero que en una próxima comparecencia que no sea muy tardía, tampoco en dos meses, podamos hablar de unos presupuestos sensiblemente superiores, de un nivel de disponibilidad de camas sensiblemente superior y de programas que han sido aplicados ya y no de que se van a aplicar, de programas que han sido ya evaluados y de los resultados de esa valoración.

La droga no es un problema que esté apareciendo de nuevo en la sociedad española, sino que, por contra, es un problema que está bastante arraigado e, incluso, muy capilarizado, sobre todo en determinados sectores de la sociedad.

Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Vázquez.

Por el Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Bertrán.

El señor **BERTRAN I SOLER:** Gracias, señor Presidente.

Señora Ministra, en primer lugar, quisiera agradecerle su comparecencia así como sus explicaciones.

Señora Ministra, si en este momento yo le tuviera que enumerar todo lo que sería necesario hacer dentro del tema de las drogadicciones, seguramente pasado mañana no habría terminado aún. Por ello, mi intervención se va a centrar más concretamente en si, con los recursos de que se dispone, se hace todo lo que es preciso hacer o si se hacen cosas que no deberían hacerse. Es decir, yo desearía saber si se está dando prioridad suficiente, con los recursos limitados de que se dispone —repito—, a determinadas cuestiones para conseguir los niveles de eficiencia necesarios en la realización de acciones que redunden en los mayores beneficios posibles en lo que a efectividad se refiere.

En su exposición usted se ha referido sobre todo a las áreas de información y educación de los ciudadanos, a la represión del narcotráfico y al área de asistencia. Señora Ministra, si es verdad que hay problemas más susceptibles de prevención que otros, es decir, si las acciones preventivas tienen unos resultados más positivos en unas ocasiones que en otras, mi primera pregunta tiene que ir dirigida precisamente a saber si en su Ministerio se ha dado prioridad a determinadas cuestiones en función de los resultados, de la efectividad y de la eficiencia de las medidas adoptadas.

Señora Ministra, hay un tema muy difícil de resolver —nos hemos referido ya varias veces a él— y en el que creo que coincidiremos. En el tema del sida y en el de la drogadicción hay dos áreas fundamentales, las referidas a la información y educación de los ciudadanos, pero también hay otra área asimismo fundamental, la de formación de los profesionales que deben prestar asistencia a las personas afectadas.

Dentro del ámbito asistencial, entendemos que el área de atención primaria de salud es la que precisamente necesita de mayores recursos para la formación de profesionales con objeto de que éstos sean capaces de incorporar en su práctica asistencial los conocimientos y habilidades necesarios que les permitan tratar con unas cotas de eficacia suficientes a las personas afectadas por problemas de drogadicción. ¿Se dedica el suficiente esfuerzo a la formación de estos profesionales? ¿Existe una metodología de implantación progresiva de sistemas de formación para actualizar sus conocimientos en función de las realidades existentes? A veces uno tiene la tentación de pensar que debería reconsiderarse la aplicación de recursos para su formación dado que —y lo sabe muy bien la señor Ministra— todos los dineros que llegan al Estado español precisamente para la formación de los profesionales sanitarios procedentes del Fondo Social Europeo, que yo sepa —si me equivoco usted me corregirá—, no han sido destinados jamás a la formación de esos profesionales. Por tanto, tratándose de un problema tan grave como es éste en relación con la salud, yo pregunto si no sería lógico que se estableciera alguna prioridad a la hora de recoger los fondos económicos pertinentes procedentes de este Fondo Social.

Otro tema que quería plantearle, y que también ha sido mencionado por el Portavoz de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, se refiere a que a pesar de que también en nuestra opinión el alcoholismo supone un problema mucho mayor en lo que a número de afectados se refiere, creo que no debemos hablar tan sólo del problema del consumo de alcohol sino del problema del abuso del mismo, tema muy distinto. Nosotros opinamos que las diferentes acciones deberían ir dirigidas, no ya al consumo del alcohol, ya que en cierta medida incluso podría ser saludable, sino al abuso que pueda hacerse del mismo. Creemos que ahí sí que deben dirigirse todos los sistemas educativos y de prevención e información que sean necesarios para la regulación de los graves problemas que se derivan del alcoholismo.

En cuanto a lo que usted nos decía sobre las intenciones que tiene su Ministerio en lo referente a la educación escolar, quisiera hacerle una pregunta concreta que es la siguiente: ¿Con qué metodología tienen pensado realizar esta acción? Recuerdo que recientemente tuve acceso a una información relativa a que en una Universidad madrileña un estudiante había grabado en su pupitre a base de hacer rayones —por cierto, probablemente el propio estudiante debería pagar este desperfecto— la siguiente frase: «la ciencia y la tecnología me persiguen, pero yo soy más rápido».

Señora Ministra, a veces la metodología con que se pretende enseñar en los primeros niveles educativos o incluso en los superiores puede constituir un error. Quizá la mejor metodología educativa es la que utiliza los medios a través de los cuales se informa a este sector de población y a los que dicho sector está más habituado. Por tanto, más que con conferencias, con charlas o con prácticas, probablemente utilizando los medios audiovisuales, utilizando los propios medios de comunicación en sentido positivo, se conseguiría un índice de mayor efectividad.

Por último, señora Ministra, quisiera formularle otra pregunta. Es cierto que el problema de los presupuestos es muy importante. Nosotros hemos tenido siempre la sensación de que los presupuestos para sanidad son insuficientes —posiblemente esta cuestión debería ser respondida por el Ministro de Hacienda más concretamente—, pero, a pesar de ello, me atrevería a decir que no se puede recortar el presupuesto de sanidad en una partida determinada para aplicárselo a la partida de al lado porque incluso antes de que se produzca ese recorte esa partida ya es deficitaria. Por tanto, la única posibilidad real consistiría en aumentar globalmente el presupuesto respecto del producto interior bruto e irnos acercando a la media europea, de lo que tantas veces hemos hablado. Esta sería la única posibilidad: conseguir recursos y hacer todo aquello que sea necesario.

Y ligo todo esto con la pregunta que le hacía antes. Estamos de acuerdo en que deben marcarse unas prioridades en función de los recursos existentes —me imagino que todos coincidimos en esto—, pero también es verdad que necesitamos de mayores recursos para atender a las necesidades reales de la población a la que representamos y a la que el problema de la drogadicción causa una gran angustia, así como otros graves perjuicios derivados de ella que le afectan muy directamente y a los que debemos ser capaces de encontrar soluciones en el menor tiempo posible.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Bertrán.

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

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

Quisiera empezar mi intervención haciendo constar que la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad para informarnos sobre la evaluación del informe elaborado para 1991 es, a mi juicio, la que debería tener más trascendencia y más relevancia a la hora de evaluar dicho documento, pero no sólo en función de los objetivos del mismo, sino porque en aquel momento el Plan Nacional sobre Drogas estaba ubicado precisamente en el Ministerio de Sanidad.

Después de este paréntesis sobre el que luego volveré, quisiera también hacer notar a la Comisión que ésta es la primera reunión que celebramos desde que se produjo la dimisión del señor Secretario de Estado y Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Al día siguiente de haber estado reunidos en una sesión como la de hoy, se produjo la dimisión del señor Secretario de Estado.

Es decir, que en esta Comisión hemos escuchado una vez más una proliferación de propuestas y de objetivos sobre los que muchos ciudadanos españoles y muchas ONG se preguntarán en qué han quedado, a la vez que se preguntarán también si va a continuar en esa misma línea el sucesor del señor Secretario de Estado —si es que va a haber algún sucesor— o si vamos a seguir instalados en la política del desconcierto, del cambio, de la improvisación, es decir, en una política de utilización del Plan Nacional sobre Drogas para otros fines muy distintos a los que nos deberían ocupar.

A este respecto, quiero expresar mi preocupación por lo que me parece una historia absolutamente rocambolesca y desafortunada, debido a los cambios permanentes de ubicación del Plan Nacional sobre Drogas, que ha pasado del Ministerio de Sanidad al de Asuntos Sociales y de éste al de Interior, que ha tenido tres directores generales en tan sólo nueve meses y que, al día de hoy, no sólo no tiene un responsable político, sino que desconocemos cuál va a ser la filosofía del Gobierno en esta materia. Supongo que a partir de ahora el Gobierno tendrá bastante más cuidado en pedir a las fuerzas políticas responsabilidad en este tema, ya que no ha sido capaz de plantear una política de Estado para la lucha contra las drogas, sino que ha utilizado este Plan para fines completamente distintos de los que cabría esperar de un Gobierno que tuviera las ideas claras acerca de cómo afrontar este problema.

Por tanto, esta desorientación debe ser nuestra primera preocupación. Esta Comisión se ha creado, fundamentalmente, para que desde el Parlamento se encaucen los estudios sobre este problema y, a nuestro juicio, nos encontramos en una situación claramente caótica.

Como he dicho al principio, si algunas de las intervenciones de la Administración ante esta Comisión han tenido relevancia, qué duda cabe que han sido las de los representantes del Ministerio de Sanidad, en un doble sentido. En primer lugar, porque le ha correspondido la titularidad del Plan, que ha estado ubicado administrativa y políticamente durante todo el período que tratamos de evaluar en dicho Ministerio y, en segundo lugar, porque los objetivos que se plantearon eran, en un 80 por ciento, de carácter asistencial.

Hemos asistido a una intervención por parte de la señora Ministra absolutamente optimista y de satisfacción —al menos, así me lo ha parecido— por lo que nos ha relatado. En este sentido, creo que, como en otras ocasiones —así lo ha hecho no sólo la Ministra de Sanidad, sino otros representantes de la Administración—, se ha mezclado con mucha facilidad la evaluación de los programas con la formulación de objetivos que ya estaban planteados en dicho documento. Su señoría ha dedicado muy pocas palabras al contenido del informe —si usted quiere, puedo volverlo a leer, para que podamos analizar, uno a uno, dichos objetivos— y ha formulado como proyectos del Ministerio de Sanidad objetivos ya previstos en 1991. Por tanto, de entrada me parece desalentador que a mediados de 1994 se tengan que volver a plantear cosas que ya deberían haberse hecho en estas fechas.

La señora Ministra también se ha referido a algunas otras medidas como, por ejemplo, las relativas a la coordinación con el Plan Nacional del sida. Su señoría sabe —porque tuve ocasión de debatir este tema en la Comisión de Sanidad— cuál es la opinión que le merece a nuestro Grupo la desafortunada situación del llamado Plan Nacional de lucha contra el sida. Y digo el llamado porque creo que, lejos de contener algunos de los elementos necesarios para considerarlo como plan, carece de todos, como de Secretario responsable durante muchos meses —por la famosa destitución, que tuvo lugar en el momento menos oportuno—, de programas concretos para desarrollar, así como de presupuesto, aspecto nada desdeñable si se quiere afrontar una programación específica y no realizar una mera coordinación de actividades por determinados organismos de la Administración o del Ministerio.

Insisto, pues, en que este Plan Nacional debe tener un presupuesto específico para poder desarrollar programas, también específicos, de forma metodológica, sistemática y constante y no realizar exclusivamente campañas esporádicas de información que, como todo el mundo puede haber comprobado, son de una eficacia que no voy a calificar de nula, pero sí limitada. Y los datos son lo suficientemente elocuentes como para demostrar que nuestro país no ha sido un ejemplo en lo que a la prevención se refiere. Casi un 67 por ciento de las personas que padecen la infección del VIH la sufren por transmisión parenteral; desde la última comparecencia del anterior Secretario de Estado, las cifras de sida entre los heterosexuales se han multiplicado por tres, y otro dato lamentable es el que demuestra que estamos a la cabeza, en lo que a sida pediátrico se refiere, de los países europeos.

Por tanto, algo debe haber fallado —como ya le dije en su momento— en materia de prevención y coordinación, y creo que ha sido la falta de una política sistemática, permanente y metodológica de formación, no solamente de información. No creo que nos podamos contentar con realizar campañas que, por cierto, se han anunciado muchas veces en esta Comisión, o en la de Sanidad. En este sentido, no sé si se llegan a desarrollar ni siquiera el 50 por ciento de las que se anuncian. El Secretario General de Salud nos informó sobre algunas de ellas, pero no tengo constancia de que se hayan realizado. Ojalá que la que usted nos ha vuelto a nunciar se llegue a cumplir y, al igual que el resto, vaya unida a programas formativos, ya que —vuelvo a insistir— no pueden consistir en hechos aislados. Hay materias que requieren un esfuerzo permanente y creo que, ante la demanda de la opinión pública, no es serio responder que se están adoptando medidas, cuando realmente no es así. Por tanto, creo que hay que dejar de aparentar que se hacen cosas, para hacerlas realmente.

Por otro lado, usted ha hecho referencia a un convenio firmado por diferentes Ministerios, para el que se destinan 105 millones de pesetas. Creo que este hecho se comenta por sí sólo; es decir, un convenio que, a estas alturas, intenta la puesta en marcha de programas de educación para la salud, cuando deberíamos llevar dos años —por la propia LOGSE— desarrollando dichos programas de forma normalizada en los colegios, demuestra claramente lo que, no sólo nosotros, sino las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, han denunciado precisamente en esta Comisión: la falta de cumplimiento de los programas de educación para la salud y el retraso importante que se ha producido en este campo.

Por otra parte, señora Ministra, dudo mucho que sean suficientes los 105 millones de pesetas que, en conjunto, destinan todos los Ministerios. Los escasos 69 millones que se van a dedicar por parte del Ministerio de Sanidad a este programa de educación para la salud demuestran que no va a consistir en un gran programa ni va a tener una eficacia extraordinaria; es como si se intentara derribar un

Harrier con perdigones. Insisto en que con 69 millones de pesetas no se puede llevar a cabo un programa de educación para la salud en este país, y usted lo sabe, señora Ministra. Por tanto, dejémonos de gestos y desarrollemos una política realmente seria de prevención, tratamiento y asistencia.

También se ha hecho referencia a los presupuestos. No cabe duda de que todas las Administraciones han venido haciendo un esfuerzo en esta materia, pero se han invertido los porcentajes de participación del Estado y de las Comunidades Autónomas. Es cierto que, al principio, el presupuesto del Estado fue muy superior al de las Comunidades Autónomas y el esfuerzo de aquél era positivo en relación con el realizado por las Comunidades Autónomas. Pero, como digo, la tendencia se ha invertido y en los últimos años la Administración no llega al 40 por ciento de lo que se destina a la lucha contra las drogas, mientras que las Comunidades Autónomas dedican más del 60 por ciento a ese concepto. Hay, pues, un esfuerzo menor por parte del Estado, y aunque se hayan transferido importantes competencias en esta materia a las Comunidades Autónomas, este tema es de tal trascendencia que el Estado debería mantener, al menos, el mismo esfuerzo que venía realizando.

Sé que nos encontramos en un momento difícil y, como alguien ha comentado, probablemente en este hecho tenga más influencia el Ministerio de Hacienda que el de Sanidad —al que seguramente le gustaría contar con más recursos—, pero creo que es positivo que esta Comisión inste al Ministerio de Sanidad para que éste indique al Ministerio de Hacienda que no se debe perder terreno en esta materia, es decir, que no deben disminuir los recursos en función de los destinados por las Comunidades Autónomas, porque creo que durante muchos años habrá que aportar recursos económicos para la lucha contra las drogas.

Por otro lado, uno de los temas concretos e importantes que hoy teníamos que evaluar era, sin lugar a dudas, la proposición que se hizo en su momento —octubre de 1992— al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo contenido debería haberse ejecutado a lo largo de 1993, según se fijó en los propios acuerdos. Pero la inmensa mayoría de los temas recogidos en aquella propuesta están, al día de hoy, sin cumplir, y no lo afirmo yo, sino que lo reconoció el propio Secretario de Estado, señor Garzón, en esta Comisión hace pocos meses, quien reconoció —como se puede comprobar en las actas— que no se había cumplido lo previsto en ese documento —lo que debería haberse hecho a lo largo de 1993— y que entre sus objetivos se encontraba, fundamentalmente, el que se llegase a cumplir. Por tanto, me parece un fracaso considerable ya que se recogían objetivos muy importantes. Yo creo que volverlos a formular hoy en términos de proyectos y objetivos refleja lo que le he dicho hace un momento: una parálisis y una falta de impulso en este tema asistencial.

Me gustaría reseñar otros dos temas de forma específica, relativos a la necesidad de evaluación de los distintos recursos asistenciales, que era uno de los objetivos específicos y así se recogía en una de las ponencias que hizo el Plan Nacional. Al día de hoy no conocemos ningún estudio en este sentido y yo creo que es importante disponer de este objetivo de forma cubierta.

Con lo que le he dicho, señora Ministra, queda claro que a nosotros nos parece que hay que hacer más, que hay que aceptar que no se ha sido capaz de cumplir parte de lo que estaba previsto en 1991, que habrá que retomarlo como objetivo de futuro y que es evidente que en el clima actual de desorientación en el que se mueve el Plan Nacional, sin saber definitivamente en qué Ministerio va a quedar adscrito, con qué responsabilidades y con qué objetivos, difícilmente se va a cumplir.

Quiero terminar con lo que le he dicho antes: por favor, déjense de hacer una política de imagen, de intentar aparentar que se cubren lagunas que la sociedad está demandando, como la educación para la salud, y pónganse de verdad a desarrollar lo que ustedes mismos se han planteado como objetivo y que la LOGSE contempla, que es la educación para la salud. Dejemos de hacer política de imagen; hagamos todos política real, cosas para que sea la sociedad la que se pueda beneficiar. Como supongo que usted tendrá alguna oportunidad en el Consejo de Ministros de trasladar este asunto, hagan lo posible por que la sociedad perciba cuanto antes que no existe interinidad en el Plan Nacional de lucha contra las drogas, que se cubra esa vacante, porque, francamente, no es de recibo que un tema tan importante como el de la lucha contra la droga tenga al día de hoy una vacante que debería haber sido cubierta inmediatamente después de que cesara el señor Garzón.

Muchas gracias, señora Ministra.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Robles.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora **RODRIGUEZ CALVO:** Muchas gracias, señor Presidente

Bienvenida, señora Ministra, a esta Comisión. Además de darle la bienvenida por ser la primera vez que comparece, espero que sea reiterada su presencia aquí. Yo sí le tengo que felicitar por su exposición. Teniendo en la mano lo que fue en su día la propuesta de medidas que esta Comisión hizo para los años 1991-1992, tengo que decir que en lo que compete al Plan en general, y en concreto al Ministerio de Sanidad, se han cumplido todos los puntos que aquí figuran e incluso se han planteado objetivos nuevos. Yo disiento de que los objetivos para 1991 con respecto a la droga tengan que ser diferentes a los de 1994. En aquellos momentos se tenían que acometer una serie de actuaciones, y en éstos, otra, pero el objetivo fundamental es un buen tratamiento.

También quisiera hacer algunos comentarios, porque aquí se ha dicho, concretamente en el asunto del sida, que está aumentando. Excluyendo lo que es el sida pediátrico, la edad de infectados ahora mismo en España está en más de 35 años. Son personas que se infectaron antes de que se pusiera en marcha la profilaxis del sida. Por otro lado, nuestro país es un ejemplo reconocido por la comunidad internacional de atención a enfermos de sida, y en estos momentos se considera que es uno de los países que no re-

gatea a la hora de derivar todos los presupuestos y todas las atenciones sanitarias necesarias para los enfermos de sida. Aquí no se regatea como en otros países.

Por consiguiente, no estoy de acuerdo con algunos de los comentarios que aquí se han hecho. Tampoco creo que tengamos que exigir al Ministerio de Sanidad grandes presupuestos para las organizaciones no gubernamentales, dado que el Ministerio de Asuntos Sociales ya dedica 800 millones de pesetas para estas organizaciones.

En cuanto a la metadona, usted ha dicho que ahora se están poniendo en marcha algunos centros. Yo creo que será más bien para profundizar o mejorar el enfoque del tratamiento de la metadona, porque en España, en lo que es territorio del Insalud y según mis datos, hay 113 centros. En Andalucía tenemos bastantes, ahora mismo no tengo el dato, aunque creo que está en torno a los 42, aproximadamente. En ese sentido, lo que sí se debe hacer con respecto al tratamiento de la metadona es, sin desarrollar normas de rendimiento y protocolos clínicos para que los programas de la metadona sean más eficaces, analizar qué tipo de metadona hay que dar en estos centros. Tal vez haya que aumentarlo, lo que quiere decir que hay mucha gente que quiere tratarse. Hace unos años los adictos no querían este tipo de tratamiento.

En cuanto a las camas dedicadas a desintoxicación, todos sabemos que estos enfermos ocupan las camas solamente de 7 a 10 días, y en concreto en España hay 150 camas, lo que, dividido entre los 7 ó 10 días que cada enfermo está en ellas, da un resultado de 3.000 tratamientos al año. Por otro lado, también sabemos que los especialistas dicen que muchas desintoxicaciones se pueden hacer en el nivel primario y en el domicilio del paciente. Y todos los pacientes prefieren desintoxicarse o tratarse, si es posible, en su casa, porque están más atendidos por su familia. Es decir, a veces damos datos sin tener en cuenta lo que los expertos dicen al respecto.

De su exposición y de las que han hecho aquí anteriormente representantes de otros Ministerios y de las organizaciones no gubernamentales, incluso es reconocido por mucha gente que ha pasado por aquí, podemos deducir que el Plan Nacional sobre Drogas, que se constituyó en 1985, ha llevado a cabo una importante labor de coordinación y de ordenamiento de las competencias de las distintas administraciones que están implicadas en el abordaje del problema de la droga. Se han llevado a cabo un gran número de medidas encaminadas tanto a la prevención como a la disminución de daños, y eso lo estamos viendo cada día en que los pacientes tienen una vida más larga, sus circunstancias están mejorando y se están previniendo nuevos casos.

Por tanto, que una persona deje un cargo por su conveniencia personal o por lo que sea no quiere decir que el Plan Nacional, que lleva funcionando mucho tiempo, se vaya a venir abajo y no vaya a cumplir sus objetivos. Cada Administración va a cumplir sus objetivos. En este Plan están trabajando muchísimas personas. Las Comunidades Autónomas están dedicando bastantes esfuerzos y tienen bastantes objetivos que cumplir, y yo creo que se van a seguir cumpliendo esos objetivos, esté al frente la persona que esté. Procuraremos que siempre sea la persona adecuada. Hasta ahora, todas las que han pasado por la Dirección del Plan y desde los distintos Ministerios se han volcado, han puesto toda su voluntad y lo mejor de ellos para contribuir a mejorar la situación de la droga. Lo que pasa es que en la problemática de la drogodependencia es cambiante. Por muchos programas que se estén poniendo y se hayan puesto en marcha y por muchas actividades que se hagan, en esta problemática siempre queda mucho por hacer. Además, los abordajes y las estrategias que se dirijan a este problema tienen que estar constantemente cambiando, para adaptarse a todo este proceso de cambios que se producen en el problema de la droga. Desde esta perspectiva, por mucho que se haga, siempre habrá deficiencias. Por ello, esta Comisión y las distintas Administraciones que tienen que abordar el tema tienen que estar constantemente reflexionando, teniendo una gran imaginación para dar respuestas oportunas a cada caso y en todo momento.

Ciñéndonos al Ministerio de Sanidad y a lo que compete al Sistema Nacional de Salud, mi Grupo considera que lo fundamental es que éste tiene que garantizar al drogodependiente, en igualdad de condiciones que al resto de la población, los servicios sanitarios adecuados a sus necesidades y a los niveles de prestaciones existentes. Nosotros pensamos que el abordaje que compete a este Ministerio debe fundamentarse en seis pilares: primero, la prevención, en colaboración con otras entidades y organizaciones, y la promoción de la salud; segundo, la profilaxis; tercero, el tratamiento de las patologías derivadas del consumo de droga; cuarto, promover y estimular la demanda de asistencia por parte de los toxicómanos; quinto, investigación y, sexto, control de las sustancias químicas que se utilizan para la fabricación de cápsulas o drogas.

En el campo de la prevención, como nos ha indicado ya la señora Ministra, se están realizando muchos programas conjuntos con el Ministerio de Educación, con el que se tiene previsto seguir avanzando, y también con las organizaciones no gubernamentales. Pero todos sabemos, y yo creo que todos estamos de acuerdo, que el campo de la prevención es el campo en el que hay que seguir insistiendo. Si hay un «handicap» para que la población dé una respuesta válida al problema de la drogodependencia es el de la información, y en muchas ocasiones esta información suele ser sesgada o se hace con verdades a medias o incluso con informaciones sensacionalistas, que son más perjudiciales a la hora de crear una conciencia clara del problema de las adicciones. De ahí que nosotros consideremos, y también lo ha expuesto la señora Ministra, que para conseguir una buena campaña preventiva ésta se enmarque dentro del amplio campo de la educación para la salud. Y aquí sí estoy de acuerdo con otros compañeros que me han precedido, en el sentido de que hay que insistir fuertemente en la formación y en la sensibilización de los sanitarios, médicos, ATS y farmacéuticos. Porque desde que entra un paciente por su puerta, los sanitarios están constantemente informándole con claridad de las consecuencias del consumo y abuso de todo tipo de drogas. Ahora parece que está aumentando el consumo de tranquilizantes y las encuestas indican que un porcentaje de éstos

se expende sin receta, por lo que hay que educar y exigir a los farmacéuticos que no vendan estos fármacos sin receta, ya que muchas veces pueden ser la vía de iniciación a otras drogas.

Respecto al campo de la prevención, nos congratulamos de lo que usted ha expuesto en cuanto a que hay que impulsar más normativas e incluso hacer cumplir las que ya existen en el tema de publicidad del tabaco y del alcohol, porque, según las últimas encuestas, desde que se está poniendo en marcha la campaña contra la publicidad del alcohol, está disminuyendo el consumo, sobre todo entre los más jóvenes, tanto de tabaco como de alcohol.

En cuanto a la promoción de la salud desde el Ministerio de Sanidad, yo creo que hay que fomentar más programas que conduzcan a la adopción de estilos saludables de vida, creando una cultura positiva de salud y, por tanto, de hábito alternativo al consumo de todo tipo de drogas. En este campo, aunque competa a otras Administraciones, yo creo que es precisamente el Ministerio de Sanidad el que tiene que llevar la bandera y el que debe iniciar y coordinar ese tipo de campañas.

En cuanto a la profilaxis, yo creo que también hay que destacar el importante desarrollo de programas específicos que se están llevando a cabo para la reducción del riesgo, como estamos viendo ya en todas las consultas y en los pacientes, tanto en el tratamiento y diagnóstico del virus de inmunodeficiencia como en el tratamiento y la profilaxis de la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual u otras patologías infecciosas. Hay que seguir avanzando, extendiendo las experiencias que se están realizando en algunas Comunidades. Yo estoy contenta con lo que se está haciendo en Andalucía; por supuesto, sin triunfalismos y pensando que hay que seguir avanzando.

Si tenemos en cuenta los estudios que se están realizando por expertos en los demás países europeos sobre la vida natural del toxicómano, que se han seguido durante 10 ó 20 años, vemos que un 30 o un 40 por ciento sobreviven, tal vez por los mejores tratamientos que hay ahora, pero en unas condiciones físicas y psicológicas muy precarias. También creo que hay que tener en cuenta que ahora se están presentando las consecuencias físicas y patológicas de los antiguos consumidores de coca y, por otro lado, todavía hay un 50 por ciento de toxicómanos que o bien no quieren o bien no pueden dejar de consumir. Yo creo que estos tres puntos tienen que hacernos reflexionar sobre la necesidad de incrementar los programas de disminución de riesgo. Usted ha mencionado algunos, pero creo que hay que extenderlos y seguir avanzando en esa línea. Y creo que hay que hacerlo de forma muy equilibrada con los programas «libre de droga», ya que en Estados Unidos la experiencia indica que hay un desequilibrio entre los programas «libre de droga» y los de disminución de riesgo que no está dando resultado. Yo creo que España va por buen camino realizando estas experiencias de forma más equilibrada.

En cuanto al tratamiento de toxicómanos, creo que también se hace, pero no ahora, sino desde antes de que se estableciera el plan del Ministerio de Sanidad, que daba respuesta a estos pacientes. Lo que tengo que transmitir es que algunos pacientes creen que existe cierta inhibición del sistema sanitario con respecto a los drogadictos, y por eso tal vez hay que insistir en que, para que haya una buena atención y una continuidad en el tratamiento del drogadicto, hay que conseguir una mayor coordinación entre el nivel primario y el hospitalario y de éstos con respecto a los centros especializados. Hay que vincular más la comunicación y relación entre ellos y también habrá que sensibilizar más a los profesionales que no están especializados en el tratamiento del sida o del drogadicto. Las unidades de desintoxicación muchas veces funcionan aisladamente dentro del hospital, y sería necesario que hubiera más comunicación e incluso más formación, fundamentalmente hacia los servicios de urgencia, de tocoginecología, de patología general y los centros de salud, porque muchos pacientes que no quieren desintoxicarse tienen su primer contacto con un servicio asistencial a través de un servicio de salud, bien el centro de salud, bien el sistema sanitario a través de urgencias por un accidente. Ese es el momento importante para que los profesionales estén sensibilizados y puedan captar a estos pacientes. Además de captarlos y poder derivarlos a los especialistas, es también muy importante que el tratamiento que se aplique sea el correcto, porque el hecho de ser drogadicto o enfermo de sida requiere un tratamiento complementario al que precisa la patología.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Rodríguez, le ruego que vaya pensando en concluir.

La señora **RODRIGUEZ CALVO:** Voy a concluir en seguida, señor Presidente.

Yo creo que también habría que hacer un esfuerzo en cuanto al tema del sida, porque ahora se está tratando mejor que nunca desde los servicios especializados a los enfermos de sida, pero algunos se quejan de que cuando tienen que acudir a otro tipo de especialista o al nivel primario, por el hecho de que estos profesionales no estén sensibilizados e incluso no tengan suficiente formación, no se les trata adecuadamente, por lo que habría que hacer un esfuerzo al respecto y, sobre todo en el caso de enfermos terminales, un protocolo conjunto entre la atención primaria y la especializada.

Permítame, señor Presidente, que trate un tema que no se ha tocado aquí, que es la investigación. Yo creo que hay que seguir insistiendo en el tema de la investigación, sobre todo sabiendo que estas drogas atraviesan la placenta, por lo que habría que estudiar en mayor profundidad el efecto que se produce en el feto y las consecuencias en el recién nacido, así como el efecto que se produce a nivel cerebral en cuanto a la adicción. Se están dando ya grandes pasos en el estudio de las causas de la adicción y, sobre todo, en la idea de que si conseguimos conocer esto, tal vez la reincidencia se evite mejor porque haremos tratamientos más especializados.

En cuanto al control de los estupefacientes, habría que insistir en el problema que representan las píldoras adelgazantes, que, como sabe, en muchos casos llevan algún esti-

mulante, lo que crea cierta adicción entre la población que cada día se preocupa más de adelgazar.

Quería hacerle alguna pregunta para terminar, pero puedo hacérsela después.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora Rodríguez Calvo.

Para responder a las intervenciones, tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad.

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

Voy a tratar de dar respuesta a los principales problemas que sus señorías han puesto de manifiesto. En primer lugar, yo he intentado hacer una exposición ateniéndome a las vertientes sanitarias que son de las que soy más directamente responsable, tratando de informar a esta Comisión y a sus señorías de la situación exacta del momento actual. Por tanto, he huido de imprecisiones a costa de reconocer en algunos casos cifras muy modestas. Siento haber transmitido —no me gustaría que así fuese— una imagen de optimismo o de satisfacción. Es verdad que yo estoy satisfecha con lo que se ha avanzado —voy a decir por qué— pero, evidentemente, en ningún caso, las cifras en las que estamos o el grado de cumplimiento de los programas pueden inducir a pensar que yo me siento satisfecha de la situación en el momento actual. De manera que no es ésa mi actitud; he tratado de dar las cifras reales, exactas, para que conozcamos desde esta Comisión cuál es la situación en la que estamos. Cuando hablamos del problema de las drogas estamos hablando de un problema muy serio en el que el Gobierno, y yo más, como Ministra de Sanidad, tenemos una responsabilidad, pero que es un problema de todos y del conjunto de esta sociedad. Por tanto, no hay ni un solo dato en el que yo haya divagado o expresado satisfacción o complacencia, sino que, por el contrario, he tratado de hacer una traslación de cuál es la realidad. Por ello, cuando hablo de 57 camas, comparto con usted, señor Vázquez, que no es una cifra suficiente, pero, al mismo tiempo, le aseguro que ha sido un enorme esfuerzo.

El Plan Sanitario de Drogas, que se presentó al Consejo Interterritorial por la Delegación a finales del año 1992, constituyó un avance importantísimo sobre la situación anterior. Hablar de las drogas y de la asistencia sanitaria a los drogodependientes, de la comprensión social y de la solidaridad, es algo compartido por todo el mundo pero poner encima de la mesa los programas concretos, los medios, y dotar esos medios, ya no es tan fácil. Señor Robles, efectivamente, dicho Plan se puso encima de la mesa a finales de 1992, el Consejo Interterritorial valoró positivamente la propuesta, pero constató la preocupación de todos los responsables sanitarios, porque no se inventan los recursos y, sobre todo, esa correlación que hay entre los medios disponibles y la aplicación y priorización que hacemos de los mismos no es baladí. En aquel Consejo Interterritorial —y está en las actas— todos los responsables sanitarios de las Comunidades Autónomas y del Gobierno central expresamos nuestra preocupación por los recursos adicionales que suponía el cumplimiento de ese Plan.

Yo no creo que haya discrepancia entre lo que dijo el Delegado del Gobierno y lo que he venido yo a decir aquí. Si hoy tenemos 57 camas de desintoxicación y si yo hoy digo aquí que la metadona, que ya está asumido y decidido dispensarla en siete centros del Insalud, todavía no se está dando con normalidad no hay ninguna discrepancia con lo que dijo el Delegado. No tenemos puestos en marcha y funcionando generalizadamente todos esos programas, pero yo les aseguro a sus señorías que ha sido un paso muy importante. El sistema sanitario ha asumido esos programas y no es sólo un problema presupuestario, también hay un problema de funcionamiento importante, y hay un problema de cultura sanitaria que no debemos ignorar, porque una cosa es la voluntad política de tomar decisiones y otra cosa es que esas decisiones sean efectivas en un tiempo razonable y en eso todavía no se ha alcanzado el límite de aplicación que debemos lograr. De manera que esto es lo que yo he dicho aquí y ratificó; no son suficientes siete centros y no son suficientes 57 camas y, sin embargo, creo que es importante el paso que se ha dado.

El problema del sida tiene múltiples vertientes y creo que es verdad todo lo que han dicho sus señorías. Es verdad que los datos son preocupantes. Yo no creo que en el sida estemos en condiciones de hacer ninguna valoración complaciente, pero también creo que estamos en mejores condiciones en relación a Plan del Sida, señor Robles.

En el Plan del Sida, como tuve ocasión de informarle en la Comisión de Sanidad, también se ha llegado a la formulación de unos objetivos concretos, objetivos 1994-1995 que ya he enumerado otras veces, como programas concretos, con iniciativas, que no son necesariamente espectaculares pero que resulta que son eficaces. Y la prueba de que son eficaces es que no oigo ninguna propuesta adicional. Si algún grupo tiene una idea adicional que añadir a las medidas de las que estamos hablando —que estamos poniendo en marcha con esfuerzo, pero también con entusiasmo y con convicción porque son medidas que han encontrado un consenso absoluto entre todos los responsables sanitarios—, si hay alguna que no esté aquí, que no se nos haya ocurrido, que sea útil y que no esté contemplada, por favor, díganosla. Cuando hablamos de perfeccionar el sistema de registro, de adaptar el sistema de información, de reforzar la vigilancia epidemiológica, de hacer las encuestas de seroprevalencia, son temas que están ahora formulados en el Plan del Sida como objetivos concretos, con plazos de cumplimiento, con métodos de valuación de los resultados, y a mí me parece que éste es el camino adecuado. Por tanto, señorías, no voy a reiterarlo porque ya tuve ocasión de informarles, pero yo creo que es injusto decir que el Plan Nacional del Sida no está actuando con arreglo a un programa de objetivos concretos.

Otro problema es el del Presupuesto. Respecto al Presupuesto tengo que decir, que las cifras que yo he dado son las del Insalud y son aplicables varias observaciones. Es verdad que hablar de 125 millones para las organizaciones no gubernamentales es hablar de muy poco dinero. También es verdad lo que ya ha dicho la señora Rodríguez en

cuanto a que la mayor parte de las subvenciones a organizaciones no gubernamentales se dan para asuntos sociales, lo cual no significa que dichas organizaciones estén en una situación financiera de subvención pública adecuada, pero tampoco es verdad que sean sólo esos 125 millones. Reitero que todas las cifras que he dado son referidas al Insalud y hay que decir que en ese asunto hay competencias transferidas. Por tanto, cuando hablo de 57 camas hablo sólo del Insalud pero hay que añadir todas las camas de los servicios de salud, a los que no he hecho referencia. Cuando hablo de siete centros en los que se dispensa metadona, estoy hablando sólo del territorio Insalud, lo cual no disminuye el problema de que no son suficientes, he empezado por afirmar que comparto esa apreciación. Por tanto, las cifras que he dado son acciones concretas en relación al sida pero no es todo lo que gastamos en esa enfermedad. Si tenemos que hablar de todo lo que gastamos en sida hay más dinero y, sobre todo, creo que no se trata tanto de obtener presupuestos delimitados para el sida, sino que éste reciba el tratamiento que necesita, en mi caso, en el ámbito sanitario.

En todo caso, tengo que decir que en el ámbito de salud pública hemos concentrado todas las actuaciones que antes diversificábamos en distintas actuaciones de salud pública para el sida, precisamente, para que la cifra fuera más relevante y, por tanto, más eficaces las actuaciones. En consecuencia, todo lo que se dedica a sida no son sólo las cifras que yo he manejado aquí, sino que hay programas distintos, por ejemplo, hay uno de lucha contra el sida dotado con 500 millones, que no es una cifra muy importante pero son cantidades con las que estamos tratando de optimizar los esfuerzos.

Señor Robles, perdóneme, pero le tengo que decir que no se puede sostener al mismo tiempo que hay que reducir el Presupuesto de Sanidad en un 25 por ciento y, simultáneamente, reprochar que no tenemos dinero suficiente; o defendemos el crecimiento del presupuesto sanitario, que es lo que yo defiendo y que espero que para el año 1995 crezca, o lo contrario. Lo que no se puede decir es que hay que reducir el presupuesto en Sanidad y a continuación reprochar que las cantidades son bastante modestas.

En el problema de la educación para la salud también me gustaría hacer alguna precisión, porque es verdad que en cumplimiento de la LOGSE, la educación para la salud y, por tanto, la educación en materia de sida y de otras enfermedades es una asignatura transversal incorporada al currículo escolar y que, por tanto, está ya con carácter sistemático en la formación. **(El señor Robles Orozco hace signos negativos.)** Sí se imparte, señor Robles, podrá hacerse mejor o peor, pero hay una asignatura transversal ya en el currículo.

¿Qué pasa con estas actuaciones? Son actuaciones además de esa asignatura que ya se contempla. Me preguntaba el Senador Bertrán qué metodología se sigue. En colaboración con el Ministerio de Educación precisamente hemos tratado de encontrar cuál es el cauce adecuado. La última campaña —por cierto, cuando yo he hablado de que todavía estamos, es porque hacemos una campaña todos los cursos escolares—, la del año pasado, y de la que acabamos de entregar los premios, consistió en convocar un concurso nacional de trabajo sobre el objetivo de la campaña que estaba dedicada al tabaco y al alcohol. Se llamaba «sal sin ellos» y estaba hecha precisamente con unos vídeos tratando de acercarse al lenguaje que los adolescentes manejan y que les atrae. Por tanto, era un material didáctico a base de vídeos en los que los jóvenes hacían una escenificación de lo que era salir y consumir alcohol, etcétera. Este año es la que he mencionado y va a estar ya concentrada en educación afectivo-sexual. Lo que quiero decir es que son campañas añadidas a la asignatura transversal de educación para la salud, que en ningún caso se puede mantener con una campaña de 60 millones. Yo siento que a sus señorías les parezcan irrelevantes las cifras, pero les aseguro que ha sido un verdadero esfuerzo para el presupuesto del Ministerio de Sanidad dedicar ese dinero a estas campañas. Por tanto, espero un apoyo con entusiasmo para el aumento del Presupuesto del año 1995.

Es cierto que no he dado mucha información en relación con el alcohol y el tabaco, pero tengo aquí una serie de datos para informar a sus señorías de una manera más concreta. Hay un número muy importante de muertes atribuidas al alcohol. Se atribuyen al alcohol entre el 30 y el 50 por ciento de los accidentes de tráfico mortales; entre el 15 y el 35 por ciento de los accidentes con heridos graves; entre el 20 y el 30 por ciento de los accidentes laborales; el 65 y el 75 por ciento de las cirrosis hepáticas son de origen alcohólico; el 25 por ciento de los suicidios consumados están en relación con la ingesta de alcohol; y participa entre el 10 y el 20 por ciento de los retrasos mentales.

Los datos de consumo excesivo de alcohol son preocupantes. Ocupamos el séptimo lugar en consumo mundial de alcohol. Un 47 por ciento de la población bebe alcohol, mayoritariamente los hombres, aunque el perfil de consumo femenino se ha ido modificando y se va acercando a los patrones masculinos. La edad media en el consumo de alcohol son los 15 años y medio.

El consumo se ha centrado en el fin de semana y ahí coincido con el Senador Bertrán en que no hay que hablar tanto de consumo de alcohol como de consumo inadecuado o excesivo de alcohol, porque esta cultura del fin de semana de los adolescentes es muy peligrosa. La principal bebida es la cerveza. Bebe un 83 por ciento de los jóvenes entre 16 y 25 años.

Es cierto que no es suficiente con una normativa más restrictiva de la publicidad, pero desde el Ministerio de Sanidad sí tenemos esa responsabilidad. En la extensión del consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes tiene mucho que ver una publicidad que nos parece inadecuada y excesiva, y a eso responde la elaboración del Decreto que va a restringir la publicidad del alcohol.

Señor Vázquez, en la campaña para educación, las pantallas constituyen un programa que los expertos han valorado como positivo porque se trata de unas instalaciones que van a quedar siempre en los centros y, por tanto —ahora nos interesa difundir información del sida—, van a ser una terminal en la que vamos a tener oportunidad de dar información para la salud. Se van a instalar en universidades y en centros de formación profesional de manera

muy importante. No se trata sólo de dirigirse al sector universitario, sino a los centros de formación profesional.

En las gerencias de atención primaria existen cursos para la formación de los profesionales. Hay 59 programas interanuales donde se recoge formación específica en drogadicción y VIH, y también hay programas en atención especializada. Deduzco, por los gestos que me hace el Senador, que no le parece suficiente, pero sí está organizada la formación de los profesionales que están atendiendo. Y, desde luego, me parece magnífica la sugerencia de que reclamemos fondos al Fondo Social Europeo, porque todos los fondos son bienvenidos. Tomo buena nota y se lo agradezco porque hasta ahora no teníamos ninguna financiación, de manera que si es posible la plantearemos.

Señor Robles, lamento darle la impresión de que hago una política de imagen, nada me ofende más que transmitir la sensación de que hago política de imagen cuando hablo de sanidad. He dicho en alguna ocasión que estos asuntos son muy serios y que el respeto que merecen las personas afectadas por estos problemas de salud exige pocos triunfalismos y pocas complacencias. Por tanto, si he transmitido que hago política de imagen en esta materia, lo lamento sinceramente porque es lo opuesto de lo que quiero hacer.

Respecto a las consideraciones que su señoría hace sobre la sustitución del Delegado, señor Garzón, no entra en mis responsabilidades hacer ningún comentario sobre esa cuestión ni sobre sus quejas. No creo que se pueda decir seriamente que el Plan ha sufrido interrupciones. La ubicación administrativa del Plan en un Ministerio o en otro no ha supuesto ningún parón, entre otras cosas, porque ha cambiado de Ministerio con la misma persona al frente. Por tanto, a mi juicio, no se ha producido ningún vacío, pero entiendo que su señoría lo valore de otra manera.

En lo que afecta a la vertiente sanitaria le aseguro que no ha habido ninguna diferencia por el hecho de que estuviera en el Ministerio de Sanidad y haya dejado de estarlo. Ese Plan se formuló al Consejo Interterritorial cuando estaba en el Ministerio de Sanidad y su cumplimiento se ha realizado con la misma exigencia por el Delegado durante el año 1993 que si hubiera estado dentro, porque el Plan, aun cuando estaba dentro del Ministerio, tenía su autonomía, sobre todo, en relación con el sistema sanitario. Hemos tratado de ejercer esa interrelación y esa coordinación de la forma más eficaz posible. Desde mi punto de vista, no creo que el Plan haya sufrido retraso y, desde luego, tampoco comparto que por una semana el nombramiento del Delegado del Plan constituya un problema de la naturaleza que su señoría ha expuesto.

La explicacion de que su señoría eche en falta alguna campaña que se ha anunciado se puede deber a algún recorte presupuestario. Las campañas son muy costosas y en el Ministerio de Sanidad disponemos de un presupuesto muy reducido, además, su eficacia depende, en gran medida, de la perseverancia en la campaña y alcanzan unas cifras muy importantes para lo que es el presupuesto de Sanidad.

Es cierto que en los últimos años no se han hecho muchas, si se ha anunciado alguna y no se ha realizado habrá sido, seguramente, por insuficiencia presupuestaria. De la que yo le puedo dar cuenta es de la del año 1993, «Vamos a parar el sida», que es la única campaña de ese año. En 1987 se hicieron seis, en 1988, cuatro, y en 1990, una. Esa es la explicación y no me parece que sea un incumplimiento, sino más bien la imposibilidad de afrontar ese tipo de campañas que son muy costosas.

Señora Rodríguez, quiero agradecerle su intervención y la valoración que ha hecho del trabajo que hemos desarrollado en el Ministerio de Sanidad, así como la documentada información que ha dado sobre esta cuestión, algunas de cuyas iniciativas y sugerencias he tomado nota para verlas más despacio.

Señorías, si les parece que no he contestado a algo importante que les preocupe, estoy a su disposición.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora Ministra.

El señor Vázquez tiene la palabra.

El señor **VAZQUEZ ROMERO:** Gracias, señor Presidente.

Señora Ministra, estoy de acuerdo con usted en que el problema de la droga, como tantos otros, no es un problema de nadie en concreto, es un problema de todos. Desde esa idea, no sólo de mi Grupo, sino de todos los Grupos de esta Cámara, se puede apreciar el modesto trabajo que realizamos en esa dirección en esta Comisión. Claro está que, aunque es un problema de todos, cada cual tiene su cuota de responsabilidad, ya me gustaría a mí tener la suya, si no a mí personalmente sí a alguien de mi Grupo. Pero, siendo un problema de todos, cada cual tiene su nivel de responsabilidad.

Creo que ni en este tema ni en muchos otros, pero en éste especialmente, es difícil que ni usted ni nadie se pueda sentir satisfecho o pueda mostrar complacencia de cómo van las cosas, porque, aunque vayan mejor que iban, la verdad es que no van bien, y no van bien porque estamos hablando de una especie de plaga bíblica que está asolando vidas y haciendas de muchísima gente en este país. Difícilmente nadie se puede sentir autocomplacido o satisfecho por el nivel de las cosas alcanzadas. Siempre está mejor si se hace algo que si no se hace, pero es difícil poder llegar a ese nivel de satisfacción.

Las 57 camas, referidas a territorio Insalud, significaban un incremento, pero la realidad es que, aunque estemos hablando exclusivamente de territorio Insalud, son insuficientes para atender la demanda actual.

El problema de fondo está en que, a la hora de hablar sobre éste u otros temas, todos podemos ser muy solidarios con todo el mundo. Pero cuando esa solidaridad hay que llevarla del concepto a la práctica y hay que asignar recursos personales, económicos, materiales, etcétera, la idea abstracta de la solidaridad flaquea. En ese terreno no encontrará usted contradicción en mi Grupo; no pedimos que disminuya el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino todo lo contrario, que aumente. Como usted nos pedía apoyo para el próximo presupuesto de su Ministerio, le sugiero que vote nuestras enmiendas, que seguramente pedirán más dinero para su Ministerio, y ya

verá cómo tenemos ocasión de comprobarlo. Es decir, que esa concreción de la solidaridad en abstracto en la solidaridad práctica viene a ser la expresión de la voluntad política para llevar adelante los problemas, porque al final de la historia lo que importa no es tanto un discurso mejor o peor articulado, una idea más o menos brillante, sino la voluntad política expresada en cifras —así de dura es la realidad—, el dinero que hay detrás de esa idea brillante. Si esa idea brillante, bella, altruista, etcétera, no tiene detrás concreción económica, se queda en una cosa vacía, y ése es el gran problema cotidiano de su Gobierno, de los grupos políticos y de la sociedad en su conjunto.

Comparto con usted que no sea buena esta cultura del hedonismo del fin de semana «a tope», rutas del «bakalao» y sucedáneos, pero parece ser que la toxicidad del alcohol o el daño hepático es menor en los bebedores ocasionales que en los bebedores constantes, aunque la cantidad de gramos de etanol consumido sea la misma, pero usted no tiene por qué conocer este detalle que es más profesional. Eso no apoya en absoluto la idea de que sea bueno fomentar la cultura de la «litrona» del fin de semana, pero se lo digo como precisión más o menos técnica.

Acabo, señor Presidente, señora Ministra, como lo hice en mi intervención anterior. No me parece bien, no estoy de acuerdo en que a estas alturas de la historia estemos hablando todavía de proyectos que vamos a hacer cuando lo que tendríamos que estar haciendo es evaluar proyectos ya hechos o ideas llevadas a la práctica. Espero que su próxima comparecencia podamos dedicarla a esa otra actividad, es decir, a hacer un seguimiento más exacto de la concreción de las ideas, y en ese camino nos encontraremos.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Bertrán.

El señor **BERTRAN I SOLER:** Muchas gracias, señor Presidente.

Intervengo brevemente para agradecer a la Ministra su contestación y para introducir un matiz, en el sentido de que en Cataluña tenemos transferidas competencias en esta materia y creo que es muy bueno que haya una buena coordinación, que ya existe.

Otro problema, motivo por el que insistía, es la financiación, tema en el que se tiene que avanzar un poco más y, si puede ser, más rápidamente, porque cuando yo me refería al Fondo Social Europeo, la señora Ministra sabe que desde este Fondo llega a España dinero para formación y para contratación. Creo que es justo y necesario que se pueda recabar dinero para la formación de los profesionales, para que estén bien preparados para atender estas patologías y, sobre todo, para realizar una buena tarea de prevención.

No le voy a pedir a la señora Ministra que vote nuestras próximas enmiendas porque si hubiera votado las de anteriores ejercicios ahora tendría más dinero. Pero sí creo —y vuelvo a insistir— que si quiere hacerse una buena priorización de los recursos disponibles el concepto de eficiencia, como seguramente sabe la señora Ministra, ha cambiado en los últimos años en Sanidad. Ahora eficiencia no es conseguir los resultados al menor coste posible, sino priorizar unos objetivos y destinar los recursos que tenemos para conseguir estos objetivos prioritarios, que es muy distinto; de ahí que la pregunta que le hacía en mi primera intervención fuera cómo se hacía esta priorización, dándome por satisfecho con su contestación.

Termino, señor Presidente. Sólo quería introducir un matiz a lo manifestado por el anterior Portavoz. Es cierto que cuando el consumo de alcohol se hace en unos días limitados el riesgo de daño hepático es más limitado, pero el riesgo para la corteza cerebral es mucho más elevado. Por tanto, no se tiene cirrosis, pero se acaba siendo idiota. **(Risas.)**

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO:** Muchas gracias, señor Presidente.

Uno casi siente rubor al intervenir después de estas apreciaciones técnicas. Creo que no hay que aportar grandes cosas a lo que he expresado en mi intervención anterior, sólo algunas matizaciones.

Quiero insistir, señora Ministra, en que no es un tema baladí la situación del Plan Nacional. A nuestro juicio, es de una gran trascendencia y, aplicando el sentido común, se puede entender que tiene que ver la relación directa de los responsables que se ponen al frente del Plan con la eficacia. No solamente es que haya cambiado de adscripción administrativa, lo cual ha supuesto una reorganización de servicios —porque el día antes de la dimisión se nos vino a contar aquí toda una nueva organización que ha estado esperando a ponerse en marcha justo hasta el momento de la dimisión, es decir, nueve meses de compás de espera—, sino que, además, los cambios de adscripción administrativa han llevado aparejados cambios de dirección del Plan; no del Secretario de Estado, es que el Director General del Plan ha cambiado tres veces en los nueve meses. Por tanto, todas esas cosas unidas hacen pensar en su ineficacia. Si cualquier empresa privada estuviese cambiando permanentemente incluso la sede física de la empresa, y además el Director General, y además la orientación de los programas, esa empresa tendría unos resultados bastante comprometidos en el ejercicio del que estuviéramos hablando.

Insisto, por tanto, en que no hace falta más que aplicar el sentido común. Es importante que en este momento se produzca esa vacante, porque, ¿cómo percibiría la sociedad española que en un tema que se puede poner al mismo nivel, la lucha contra el terrorismo —del que tantas veces demandamos una política de Estado— en este momento no hubiera un responsable al frente? Pues lo percibiría como un hecho grave, y yo creo que en este momento es un hecho grave que no haya un responsable político claro al frente de la lucha contra el narcotráfico y también contra los demás aspectos de la lucha contra la droga.

No voy a insistir más en este tema, pero sí quiero afirmar con absoluta claridad, señora Ministra, que no lo digo yo, lo está diciendo la sociedad a través de las organizaciones no gubernamentales y la propia Administración, y no hay más que leerse la comparecencia de los diferentes responsables de la Administración para comprender que la educación para la salud es un planteamiento teórico que no se está aplicando, al menos al nivel que debería aplicarse en este momento. Antes de venir a esta Comisión he leído lo que han dicho organizaciones no gubernamentales —si quiere se lo leo— de reconocido prestigio, como las que han pasado por esta Comisión, y todas han puesto el énfasis en el fracaso de la aplicación de la educación para la salud precisamente como el proyecto que usted definía hace un momento. Pero es que la Administración ha tenido que reconocer, y así lo hizo en esta Comisión, que no se tenía el material suficiente, preparado y en marcha para poder hacerlo; y, además, que faltaba en ese momento motivación y preparación para que los docentes se involucraran. Tan es así que las famosas setenta y tantas medidas que anuncia el Ministerio de Educación y Ciencia precisamente hacen énfasis en ese tema; reconoce que no se ha puesto en marcha, que no se ha podido hacer y que hay que hacer un esfuerzo en ese tema.

Me he hartado muchas veces de decirle a los responsables políticos que difícilmente se va a poder encontrar solución a los problemas si no empezamos por reconocerlos. Reconozcamos el problema y seamos sinceros; no pasa nada. Lo que estamos intentando entre todos es ver cómo se impulsa esta situación. Además, hoy usted ha matizado en algo que a mí me satisface enormemente, y es que la educación para la salud no debe ser abordada sólo con ese criterio intercurricular y que se deben terminar las acciones emprendidas. Eso es lo que nosotros llevamos pidiendo en esta Comisión, y no se ha entendido hasta que usted hoy lo ha explicado; y yo lo aplaudo. Es decir, además de ese diseño hay que emprender otras acciones de apoyo, porque es evidente que ese diseño vale para la generalidad, pero hay sitios, especialmente de alta marginación y de alto riesgo, donde necesitamos hacer ese proyecto. Y si las acciones que usted anuncia y pide van en ese sentido, no sólo es que las vayamos a apoyar, es que las hemos venido demandando y, por tanto, va a contar claramente con nuestro apoyo. Pero la idea general de la educación para la salud es evidente que está todavía lejos de ser lo que debería.

Ha hecho usted una afirmación, y es que considera razonable que las medidas que estaban propuestas en el Consejo Interterritorial se hayan retrasado. Pero es que han tardado dos años, señora Ministra, y hoy están formuladas básicamente no en términos de realización, sino otra vez en términos de objetivos, con lo cual, creyéndonos la buena fe de lo que usted nos ha dicho y que se van a empezar a aplicar inmediatamente, en el mejor de los casos será otro año más, porque en la Administración estamos viendo que mientras se formulan unas propuestas y se aplican, la puesta en marcha tarda una medida de tres años. Me parece que no es un buen ratio de eficacia para valorar estas acciones que considerábamos prioritarias.

Ya he discutido con usted bastante sobre el tema del sida, por lo que, para terminar, quiero recordarle literalmente sus palabras. Usted ha dicho: «hemos llegado a formular objetivos para 1994 y 1995». Es decir, si después del tiempo que se suponía que el Plan Nacional estaba en marcha, ahora hemos llegado a formular objetivos para 1994 y 1995, señora Ministra, es evidente que hemos perdido muchos años en los que no solamente no se han realizado formulación de objetivos, sino que tampoco ha habido proyectos concretos. Usted misma acaba de reconocer que no se han producido todas las campañas necesarias y que, además, la eficacia de esas campañas están relacionadas con la frecuencia de las mismas. Ahí tiene usted la respuesta. Ni ha habido las suficientes, ni con la frecuencia ni con la eficacia adecuadas, y estamos formulando propuestas para 1994 y 1995.

Esa es la realidad de lo que ha sido el Plan del sida. En esta Comisión se ha demandado más coordinación con el Plan Nacional de lucha contra las Drogas porque hay una estrechísima y evidente relación. Partamos del reconocimiento de esta situación para poder formular de verdad no objetivos, sino acciones concretas.

Me hubiera gustado —y voy a insistir en ello— ver la cara al señor Secretario General del Plan del sida. Es una vieja aspiración de este Grupo, lo que pasa es que duran muy poco tiempo y cuando reclamamos su presencia, ya hay otro. A ver si tenemos un poco más de suerte y éste puede comparecer.

Me gustaría que la Administración no se escudara en el rango político o administrativo del Secretario para que comparezca en esta Comisión, porque en ella han comparecido personas que no tienen rango ninguno en la Administración, que pertenecen a organizaciones no gubernamentales, que vienen a dar su información y a intercambiar con nosotros su opinión. Esta no es una Comisión de control —como usted sabe perfectamente, señora Ministra— y me gustaría que el Secretario General del Plan del sida compareciera en la misma, en su misma línea, porque es usted la responsable política, pero profundizando en más detalles para poder conocer algo más lo que en estos momentos está en marcha.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Robles.
Tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora **RODRIGUEZ CALVO:** Muchas gracias, señor Presidente.

Me apunto a lo de aumentar el presupuesto para el Sistema Nacional de Salud para el próximo año. Sin embargo, muchas veces las respuestas no se consiguen aumentando el presupuesto, sino que lo más importante es hacer una buena racionalización de los recursos. En ese sentido hay que felicitar al Ministerio de Sanidad y Consumo por su colaboración con el sistema penitenciario, puesto que desde la red única sanitaria se está dando una respuesta adecuada a pacientes sometidos al mismo que no se les hubiera podido dar desde el propio sistema, teniendo que derivar y a lo mejor quitar del sistema sanitario para poner en

el sistema penitenciario. Muchas veces la buena racionalización da mejores respuestas que aumentar mucho los presupuestos; de hecho, está comprobado que no por aumentar mucho más los presupuestos en los Ministerios de Sanidad hay mejor salud en la población. Habría que derivarlo muchas veces hacia otras actuaciones que dan mejor calidad de vida.

Yo le animo a que siga con sus planteamientos de objetivos a medio y largo plazo porque me parece que son correctos, y lo que hace falta es que disponga de suficiente tiempo para seguir extendiéndolos a todas las provincias españolas.

Vuelvo a insistirle en que hay que avanzar en la promoción de la salud. Dentro de ella, la educación para la salud es sólo un pilar o una actuación, también están implicados el deporte, la cultura, los medios de comunicación, la publicidad y los ayuntamientos. Eso es dar una respuesta para que la gente sepa vivir apoyando lo positivo de la salud y con alternativas a cualquier adicción o al consumo de cualquier tipo de droga.

Muchas gracias y adelante, señora Ministra.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora Rodríguez Calvo.

Tiene la palabra la señora Ministra.

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

Brevísimamente, señorías, no quiero cansarles.

Quiero agradecer sus comentarios y el tono con el que los han hecho y reiterar que comparto sus preocupaciones, y además creo que no puede ser de otra manera.

Señor Vázquez, naturalmente que tengo más responsabilidad. He tratado de decirlo: tengo mucha más responsabilidad, pero yo también apelo a la responsabilidad de la sociedad en su conjunto para afrontar un problema como éste.

Quiero agradecerle la sinceridad, porque son muchos los que quisieran tener esta responsabilidad y no lo reconocen.

Señor Bertrán, la financiación es un problema obvio y evidente, creo que lo ha entendido. Me gustaría que este año ni su Grupo ni el del señor Vázquez tuvieran que hacer enmiendas presupuestarias, porque el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo va a crecer para el año 1995. Ojalá no tengamos que presentar enmiendas al proyecto de Presupuestos porque sea el que yo espero.

Las precisiones técnicas sobre el consumo del alcohol me superan absolutamente, señores. El Ministerio de Sanidad y Consumo sostiene que es muy grave como hábito de salud asociar el ocio o la diversión al consumo de alcohol. Eso es lo que he tratado de decir, independientemente de que entiendo y agradezco a sus señorías sus precisiones.

Señor Robles, le agradezco sus comentarios, y me alegro de que compartamos el planteamiento de la educación para la salud en el sentido de que estas actuaciones son complementarias de lo que debe ser esa asignatura transversal, que yo no he pretendido decir que se esté haciendo muy satisfactoriamente, digo que existe y, por tanto, cuando hablamos de educación para la salud, no sólo dependemos de este tipo de campañas. Que el Ministerio lo haya incluido entre sus medidas demuestra que es una preocupación.

Con toda la humildad con la que estoy planteando las actuaciones sanitarias en drogas, diré que no me parece justo que precisamente ahora que es cuando se ha puesto en marcha un Plan Sanitario, precisamente ahora que es cuando hemos llegado a formular objetivos concretos en el Plan del sida —y lo he dicho porque así lo pienso—, no me parece justo hacer recaer todas las críticas sobre todo lo que no se ha hecho antes. Y soy absolutamente solidaria, pero vamos a dar un respiro porque es verdad que es la primera vez que se ha hecho. Con lentitud —no son dos años, señor Robles, es un año; se aprobó a finales de 1992 y ha pasado 1993 y estos cinco meses de 1994—, pero no estoy hablando de objetivos, sino de actuaciones en marcha. No está funcionando todavía de forma generalizada —como debiera— en el suministro de metadona, pero ya existen las unidades de desintoxicación y ya están en marcha toda la serie de programas que he enumerado. Por tanto, no son dos años. No estoy anunciando, sino rindiendo cuentas de cómo va el Plan Sanitario y con los datos reales. Yo creo, por tanto, que es un poco injusto que cuando sí se han dado pasos en actuaciones concretas, tanto en el Plan del sida como en el Plan Sanitario, el reproche sea que no se ha hecho antes.

Para finalizar, diré que la Comisión ha pedido la comparecencia del Secretario del Plan del sida. La relevancia y el rango del Secretario del Plan del sida es el máximo, no me lo degrade; es el Secretario del Plan del sida, es el responsable del Plan del sida y va a comparecer porque me dicen que así lo ha acordado ya la Comisión. De manera que, con mucho gusto, y espero que le guste no sólo su cara, sino lo que viene a contarles.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias a usted, señora Ministra.

Existe un último turno en el que pueden intervenir las señoras y señores parlamentarios.

Tiene la palabra la señora Becerril.

La señora **BECERRIL BUSTAMANTE:** Muchas gracias, señor Presidente.

Señora Ministra, según los datos que ha dado en relación a determinados consumos de alcohol y según los datos que, proporcionados por distintas entidades e instituciones, conoce bien esta Comisión, ¿no le parece a la señora Ministra insuficiente la normativa vigente? Usted ya ha mencionado su intención de derogar algunos de los Decretos en materia de publicidad que están en vigor y elaborar unos nuevos Decretos, pero no me refiero a esta vertiente sino a otra, como la de prohibir e imponer sanciones más duras para establecimientos que suministran y expenden bebidas a menores. Yo le voy a dar mi opinión. Me parece que la legislación vigente, que es la Ley de Seguridad Ciudadana, es muy suave en relación a las sanciones que establece para los supuestos de establecimientos abiertos

al público que expenden bebidas a menores, casi podríamos decir tolerante, hasta el punto de que a los establecimientos que cometen esta infracción no les importa la sanción, porque es tan pequeña que la llegarían a pagar no digo que gustosos, pero prácticamente no se dolerían, porque es tal la cantidad que pueden ingresar manteniendo esa tolerancia hacia los menores que no les importa pagar esas sanciones. A mí me parece que sería bueno reconsiderar y estudiar los aspectos sancionadores que tiene la Ley de Seguridad Ciudadana hacia estos establecimientos que incumplen la normativa, hacerlos más duros, más exigentes, para que estos infractores les duela verdaderamente porque, como aquí se ha puesto de manifiesto, están induciendo, cometiendo y provocando un daño muy grande a menores que no saben las consecuencias de lo que están haciendo. También sería bueno que se arbitraran los procedimientos para que esas sanciones fueran rápidas en su ejecución y pudiéramos tener, con la cooperación y colaboración de las Comunidades Autónomas y de los ayuntamientos, sobre todo los de las grandes ciudades, procedimientos para que las sanciones fueran rápidas y verdaderamente aleccionadoras, para que sepan que no se puede jugar con la salud y menos todavía con la de los jóvenes, porque son personas indefensas.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora Becerril.

Tiene la palabra el señor Moreno.

El señor **MORENO DEL CUBILLO:** Gracias, señor Presidente.

Señora Ministra, en el «Diario de Cádiz» del pasado sábado día 21 —tengo aquí su exposición— aparece que en El Puerto de Santa María, población muy próxima a Cádiz y de cerca de 100.000 habitantes de hecho en media anual, existen nada menos que 50 casos de sida y 142 de seropositivos oficialmente controlados, pero que, según las mismas fuentes oficiales informantes, son sólo —y cito textualmente— la punta del iceberg. ¿Justificarían estas previsiones, habida cuenta de que alguna de las enfermedades que cursan con el sida son altamente contagiosa por vía de lo normal convivencia ciudadana, la adopción de cautelosas pero firmes medidas de choque, sanitarias y de higiene, especiales y urgentes para zonas de población como la mencionada?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Moreno.

Tiene la palabra el señor Granado.

El señor **GRANADO MARTINEZ:** Gracias, señor Presidente.

Deseo formular a la señora Ministra dos peticiones. La primera, que nos envíe a la Comisión el índice de ocupación, en el año 1993, de esas 57 camas de unidades de desintoxicación hospitalaria que tiene el Insalud.

La señora Ministra se ha referido a estas 57 camas como a un número escaso. Desde mi punto de vista no lo son; se lo digo con toda franqueza. En España, entre el Insalud, las Comunidades Autónomas y otras administraciones públicas existen aproximadamente 150 camas. Los tratamientos de desintoxicación, como ha indicado antes la portavoz de mi Grupo, son tratamientos que duran de siete a diez días, es decir, que en cada cama existe una capacidad de 35 a 50 tratamientos/año y, desde el punto de vista de los especialistas, únicamente en situaciones muy extremas de tolerancia cruzada, patologías psiquiátricas u otro tipo de desórdenes asociados a la toxicomanía, sería justificable que una desintoxicación se realizara en medio hospitalario.

Me molesta mucho que llevemos años hablando de los recursos asistenciales sobre las drogodependencias y, al final, siempre acabemos hablando de las camas de las unidades de desintoxicación hospitalaria, y da la sensación de que aquí, hasta que no haya 3.000 camas, no se hacen las cosas bien, cuando mi experiencia personal es que en mi Comunidad Autónoma, en la que hay 8 camas para 2.500.000 habitantes, las camas tienen un índice de ocupación del 50 ó 60 por ciento, porque realmente no son el recurso más útil ni el más necesario. Para que la Comisión podamos juzgar, creo que nos vendría muy bien conocer el índice de ocupación.

La segunda cuestión es referente a los tratamientos con metadona. Tanto desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como desde los respectivos planes de drogas de las Comunidades Autónomas siempre se ha entendido que los centros públicos o privados acreditados que deben controlar los tratamientos con utilización de opiáceos, con metadona, deben ser los mismos centros que también realizan programas libres de drogas. Yo creo que esto es una buena decisión y que evita el que en España vayamos a un panorama asistencial de tipo más norteamericano, fundamentalmente al de los estados de la costa este de los Estados Unidos, en donde existen dos tipos de tratamientos: uno, programas libres de drogas para los toxicómanos con un determinado nivel de renta y «status» social y otro, programas de metadona para los «pringados» —entre comillas—, para las personas que pertenecen a los grupos más marginales con un menor nivel de renta. A mí me disgustaría mucho que en España fuéramos, por la vía de la extensión de los programas de mantenimiento con metadona a los establecimientos sanitarios, a una doble «categorización» de las personas que van a los programas de desintoxicación o de deshabituación de drogodependencias.

Quiero interpretar que las palabras de la Ministra relativas a los siete establecimientos sanitarios en el área de Madrid son para referir una experiencia piloto que van a ser unidades de salud mental que desarrollan a su vez programas libres de drogas, y que no está previsto que haya programas de mantenimiento con metadona desarrollados por establecimientos sanitarios que no tengan programas libres de drogas. Me gustaría que me lo aclarara, porque yo creo que eso está bien, pero lo contrario me parecería personalmente muy mal.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Granado.

Para responder, tiene la palabra la señora Ministra.

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

Señora Becerril, comparto absolutamente el planteamiento que hace su señoría. Lo que vamos a hacer es un desarrollo de la Ley de Publicidad —lo hemos realizado en un proyecto de decreto que ya está elaborado— que trata de cubrir un vacío normativo y hace más restrictiva la publicidad del alcohol. Por tanto, ahora existe una prohibición de publicidad sólo en televisión y en una franja horaria y, además, a partir de determinados grados alcohólicos. Lo que hacemos es un desarrollo de la Ley de Publicidad que es más estricto.

Nos hemos dirigido ya al Ministerio del Interior para pedirle, primero, que se revise la edad de acceso a los locales con consumo de alcohol —en toda España, la edad son dieciséis años excepto en Navarra, que son dieciocho— para estudiar si un aumento de la edad sería eficaz, que es algo que no está claro porque, a veces, subiendo el listón no hacemos más que subir los impedimentos, pero no ser más eficaces. Pero hemos propuesto, primero, que se estudie la revisión de la edad. Segundo, que se aumenten las sanciones de esos establecimientos. Como le sucede a su señoría, y yo creo que a toda la sociedad, nos parece escandaloso que el incumplimiento de la norma sea rentable para los establecimientos, y lo es. La avalancha de adolescentes en fines de semana hace rentable el pago de la multa que a veces, incluso, no se pagan.

Como ya he dicho, nos hemos dirigido al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno, para que se extreme la vigilancia de los locales, y al ayuntamiento, en las grandes ciudades, para que hagan esas revisiones, porque es evidente que tenemos que salir al paso de una situación que ha generalizado un consumo inadecuado y que alarma a la sociedad. De manera que estoy de acuerdo con su planteamiento y también soy partidaria de elevar las sanciones administrativas a los locales que incumplen la normativa, pues es una actitud que no es un mero incumplimiento administrativo sino que yo creo que constituye un verdadero problema de salud pública y de falta de respeto al menor en este caso.

Señor Moreno, los datos del sida que me da su señoría, efectivamente, son muy alarmantes. En mi opinión, es difícil hacer un plan de choque tal y como su señoría lo plantea. ¿Por qué? Porque estamos hablando de cambiar comportamientos.

Señoría, el problema del sida, a mi juicio, no es sólo un problema de información, sino que después de dar la información y de que ya la recibe el ciudadano, hay que convencerle, además, de que cambie conductas y comportamientos personales, y eso no es tan fácil. De manera que de lo que se trata es de tener disponibles todos los medios higiénicos, de evitar el contagio, de facilitar la información, pero una campaña de choque que, al final lo que tiene que hacer es impedir comportamientos personales, le digo sinceramente que me parece difícil de plantear. Lo que sí estamos haciendo es tratar de extremar la información y la disponibilidad de esos medios que pueden frenar la extensión.

Agradezco al señor Granado su intervención porque a mí, que he dicho que he sido humilde —y es verdad—, me da la oportunidad de aclarar que, en efecto, cuando hablo de 57 camas es cierto que son insuficientes, pero no tanto. La situación real, con los datos que tenemos, es que, por ejemplo en Madrid, las personas que están esperando para ingresar en unidades de desintoxicación hospitalaria son 244, con un tiempo de espera de dos meses, luego tenemos razón los dos: harían falta algunas camas más, pero no estamos hablando de miles de camas y, por tanto, a mí me parece que ese esfuerzo que se ha valorado como muy insuficiente es un enorme esfuerzo, y tiene razón su señoría: 244 personas esperando en Madrid, que es uno de los puntos más complicados, y un tiempo de espera de dos meses para uno de estos tratamientos no me parece que sea una situación crítica y, por tanto, tiene razón su señoría.

Respecto a la metadona, diré que comparto lo que ha dicho, pues es como lo ha explicado. Se trata de experiencias piloto que tenemos en el área I, en el área IV y en el área XI, en Madrid. En el área I, los principales distritos son Moratalaz, Retiro y Vallecas, afecta a 609.000 habitantes y el hospital de referencia es el«Gregorio Marañón». En el área IV afecta a Ciudad Lineal, a San Blas y a Hortaleza. La población de esta experiencia piloto es de 529.000 habitantes y el hospital del área es el «Ramón y Cajal». En el área XI afecta a Arganzuela, a Usera, a Carabanchel y a Villaverde, la población es de 694.000 habitantes y el hospital general del área es el «12 de Octubre.». Son experiencias piloto que nos parece es lo que hay que hacer.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Muchísimas gracias a usted, señora Ministra, por su comparecencia.

Se levanta la sesión.

Eran las catorce horas y quince minutos.

CORRECCION DE ERRORES: En el «Diario de Sesiones» número 33, correspondiente a la reunión de la Comisión Mixta para el estudio del problema de la Droga del miércoles, 4 de mayo de 1994, figura en la portada, por error, la sesión número 10. Se trata de la sesión número 7, por lo que debería figurar este número, en lugar del 10.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID
Cuesta de San Vicente, 28 y 36
Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid
Depósito legal: M. 12.580 - 1961