



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 442

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 22

celebrada el miércoles, 29 de abril de 1998

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Ratificación de la Ponencia encargada de informar el proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (Número de expediente 121/000106)	12752
Aprobación, con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la Ponencia, del proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (Número de expediente 121/000106)	12752
Comparecencia del señor director general de Farmacia (Plaza Piñol), para informar sobre la política farmacéutica del Ministerio. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 212/001146)	12754
Comparecencia del señor presidente del Instituto Nacional de Tecnología Agraria y Alimentaria para dar cuenta del cumplimiento de la legislación sobre bioseguridad en los centros dependientes de su organismo, de los cauces y medidas adoptadas para asegurar ésta, así como de las medidas sanitarias existentes para garantizar la no exposición de ciudadanos residentes en zonas limítrofes de estos centros a posibles contaminaciones accidentales originadas en los mismos. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 212/001259)	12772

	Página
Comparecencia del señor secretario general de Asistencia Sanitaria (Núñez Feijoo) para informar sobre:	
— La actuación de la directora provincial del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) de Badajoz en relación a los hechos denunciados por los padres de la niña Mane Darra Seck Moreno. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 212/001244)	12789
— Circunstancias en que se produjo la muerte, el día 13 de marzo de 1998, en el Hospital Clínico de Zaragoza, de una paciente que al parecer llevaba tres días hospitalizada en una sala de televisión. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000631)	12789

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

- **RATIFICACIÓN DE LA PONENCIA DESIGNADA PARA INFORMAR DEL PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS (Número de expediente 121/000106).**

- **APROBACIÓN, CON COMPETENCIA LEGISLATIVA PLENA, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA, DEL PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS (Número de expediente 121/000106).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todas SS. SS. conocen.

En el orden del día figura, en primer lugar, el proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, que se ha debatido en ponencia a lo largo de la mañana.

Quiero comunicar también a SS. SS. que en el punto cuarto del orden del día figuraba la comparecencia del presidente del Instituto Nacional de Tecnología Agraria y Alimentaria, INIA, que ha sido sustituido por el subsecretario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, por el compromiso institucional que tenía la citada autoridad; tenía un compromiso contraído anteriormente y le resulta imposible comparecer en el día de hoy. Lo sometí a la consideración de la proponente de la comparecencia y de algún otro portavoz de la Comisión y aceptaron el cambio. ¿Lo acepta así la Comisión? (**Asentimiento.**) Muchas gracias.

Pasamos a la aprobación, con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia, del proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.

En primer lugar, me ha pedido la palabra el ponente del Grupo Parlamentario Socialista para fijar su posición.

Tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Gracias, señor presidente, por alterar el turno y permitirme tomar la palabra en primer lugar, gracias al resto de los grupos por la comprensión que han manifestado a este respecto, que es debido a mi agenda de trabajo de esta mañana, ya que teniendo otras actividades me gustaría compatibilizarlas si así me lo permite la Presidencia.

Voy a ser muy breve porque el proyecto de ley por el que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas es igual a otro que analizamos hace unos meses en esta misma Comisión, por el que se creaba el Consejo General de Colegios de Podólogos. En ese sentido, no tengo más que remitirme a la intervención que yo mismo hice en nombre del Grupo Socialista en aquella ocasión, para decir que nuestro voto va a ser afirmativo porque nos parece que este proyecto de ley es oportuno en la medida en que ya están constituidos colegios provinciales o de región y hay comunidades autónomas que han legislado en esta materia, como Cataluña, Murcia, Andalucía, etcétera. Por tanto, era casi obligado que se remitiese este proyecto de ley a la Cámara para crear el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas. En segundo lugar, porque, a nuestro juicio, se adecua a las leyes que son el marco jurídico por el cual se crea este Consejo general, las leyes de colegios profesionales y del proceso autonómico, que obligan a que mediante un proyecto de ley se creen y configuren los consejos generales de colegios profesionales de cada especialidad.

En ese sentido, no tengo más que añadir. No hemos presentado ninguna enmienda y nuestro voto va a ser favorable.

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

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

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: También intervengo de una forma muy esquemática para anunciar que nuestro voto será favorable a este proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.

No voy a insistir en razones que ha dado el anterior interviniente porque prácticamente serían las mismas.

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

La señora **RIERA I BEN**: Quiero anunciar, en nombre de mi grupo parlamentario, nuestro voto favorable al proyecto de ley. Como ha manifestado el portavoz del Grupo Socialista, el texto de esta ley es idéntico al que en su día aprobamos cuando se tramitó la ley del Consejo General de Colegios de Podólogos. Esta portavoz se manifestó entonces totalmente a favor del proyecto y en el mismo sentido nos manifestamos ahora. Pensamos que es bueno el hecho de que existan varios colegios de profesionales de la sanidad. Recordemos la etimología de la palabra fisioterapeuta, que viene del griego *physis* (naturaleza) *therapeia* (tratamiento), en un momento donde estas prácticas de la medicina, que de alguna manera van a fomentar lo que son los cuidados naturales, tienen un papel importante, decisivo y definitivo para complementar los otros tratamientos que en materia de sanidad se pueden ofrecer a las personas que tienen determinadas enfermedades o patologías. El hecho de que existan varios colegios y que esto fomente, de acuerdo con la ley, la creación del consejo quiere decir que existen buenos profesionales que están trabajando para fomentar de alguna manera su profesión y para que su título universitario tenga cada vez más prestigio. Reitero, por tanto, nuestro voto favorable al proyecto de ley.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Mi grupo quiere dejar constancia de su satisfacción y de la convicción de que con la aprobación de este proyecto de ley que hoy se somete a la consideración de la Comisión de Sanidad y Consumo, con competencia legislativa plena, procedemos a responder de forma adecuada y positiva a las demandas de un colectivo de profesionales, los fisioterapeutas, que a mi grupo le merece toda la consideración y respeto.

El título de Diplomado Universitario en Fisioterapia se creó a través del Real Decreto 2965, del año 1980, y del Real Decreto 1414, del año 1990, conforme señala la propia exposición de motivos del proyecto de ley, norma esta última que aprobaba las directrices generales de los planes de estudio conducentes a la obtención de dicho título. Desde la creación del mencionado título, diferentes comunidades autónomas, en uso de las competencias que tienen atribuidas en materia de colegios profesionales, han procedido a constituir los correspondientes colegios oficiales de fisioterapeutas. En la actualidad existen colegios oficiales de fisioterapeutas en las comunidades autónomas de Cataluña, que se creó en el año 1990; de Canarias, que se creó en el año 1996; de Murcia, que también se creó en el año 1996, de Asturias, de Madrid y de Aragón.

Sus señorías conocen perfectamente, porque ya se apeló a ello en debates anteriores sobre tramitaciones de

proyectos de similar alcance, que tanto la Ley de colegios profesionales como la Ley del Proceso Autonómico prevén la existencia de consejos generales de colegios cuando para una misma profesión exista más de una corporación de ámbito territorial inferior al nacional, situación en la que, como ya he indicado, se encuentra en la actualidad la profesión de fisioterapeuta, con el objetivo precisamente de representar sus intereses profesionales y corporativos en los ámbitos nacional e internacional. (**Rumores.**) Este proyecto de ley, por tanto, es una consecuencia lógica y deseada de la evolución, de la consolidación y de la proyección de una profesión, como es la de fisioterapeuta, que cada vez está más activa y presente en la realidad sociosanitaria de nuestro país. Somos nosotros, como legisladores estatales, quienes nos encontramos habilitados para regular la constitución de estos consejos generales o superiores de las corporaciones de derecho público en su dimensión de administraciones públicas toda vez que el artículo 149.1.18.^a de la Constitución atribuye al Estado la competencia sobre las bases del régimen jurídico de las administraciones públicas. (**Rumores.**) Eso es realmente lo que estamos haciendo en el día de hoy.

Mi grupo estima que se han cumplido todas las previsiones legales y competenciales previstas puesto que, conforme al artículo 3.4 de la Ley de colegios profesionales, la creación por ley de este consejo general se plantea a petición de los profesionales interesados; que el proceso se inició por la petición expresa formulada al ministro de Sanidad y Consumo por los colegios oficiales de Cataluña, Murcia y Madrid; que se han cumplido las previsiones contenidas en los artículos 129 y 130 de la Ley de procedimientos administrativo; que se ha informado por los departamentos ministeriales correspondientes (Ministerio de Educación y Ministerio de Administraciones Públicas) y por los propios colegios oficiales de fisioterapeutas de Cataluña, Murcia, Madrid, Canarias y Aragón, así como por el propio Consejo Interterritorial de Salud, e incluso, dada la relación existente entre los fisioterapeutas y los antiguos ATS y actuales diplomados en enfermería, también nos consta que se ha recabado la opinión de sus organizaciones profesionales así como de otros posibles sectores interesados. Mi grupo desea, por tanto, que este proyecto de ley que hoy aprobamos sirva de forma efectiva para regular las materias que se prevén en el mismo: la formal creación del nuevo consejo general, sus relaciones con la Administración, el establecimiento de la comisión gestora encargada de redactar los estatutos provisionales, su verificación por el Ministerio de Sanidad, su publicación en el BOE, la constitución de sus órganos de gobierno, la elaboración de sus estatutos, que el propio ministro de Sanidad y Consumo someterá a la aprobación del Gobierno, y por supuesto que contribuya a reforzar, a respaldar y a articular mejor una profesión de gran futuro como es la de fisioterapeuta en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: No habiendo ninguna enmienda, vamos a proceder a la votación en los términos de la redacción del proyecto de ley por el que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.

Efectuada la votación, dijo:

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado por unanimidad.

Actuando con competencia legislativa plena, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 75.2 de la Constitución, queda aprobado sin modificaciones respecto al texto que aparece publicado en el «Boletín Oficial del Congreso de los Diputados» número A-108-01, de 18 de marzo de 1998, el proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, cuyo número de expediente es el 121/106.

Antes de pasar al segundo punto del orden del día, que es la comparecencia del señor director general de Farmacia, vamos a hacer un receso de unos minutos, puesto que el compareciente no se encuentra en la sala. Quizá nos hemos adelantado en el trámite del proyecto de ley. Vamos a hacer indagaciones para ver si ya se encuentra en la Cámara el director general de Farmacia. **(Pausa.)**

Se reanuda la sesión.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA (PLAZA PIÑOL), PARA INFORMAR SOBRE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA DEL MINISTERIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/001146).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión de la Comisión y damos la bienvenida al director general de Farmacia en su primera comparecencia ante esta Comisión para informar sobre la política farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Agradeciéndole su presencia en la Comisión, sin más preámbulos, le damos la palabra. Cuando quiera, señor Plaza.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA (Plaza Piñol)**: Señores diputados, comparezco hoy ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso para informarles de la política farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como saben, el área del medicamento, y en su conjunto el mundo farmacéutico, es muy complejo y con grandes implicaciones y repercusiones. No son sólo las cuestiones relativas a la calidad, seguridad y eficacia de los productos las que inciden en él porque, además de garantizar la idoneidad de los medicamentos que se comercializan, la Administración tiene que tener en cuenta muchos otros factores esenciales, tanto para garantizar su suministro a la población con la información adecuada, en unas condiciones que permitan su correcta utilización, como para posibilitar la viabilidad del Sistema Nacional de Salud, manteniendo la calidad de la prestación. Pero además hay que recordar el marco europeo en el que nos movemos. Desde la crea-

ción de la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento en 1995, los medicamentos obtenidos por biotecnología y alta tecnología disponen de una autorización sanitaria comunitaria, y desde el pasado 1 de enero de 1998 es obligatorio el procedimiento descentralizado de autorización de medicamentos, también llamado de reconocimiento mutuo, lo que significa que tenemos que reconocer las evaluaciones realizadas por las autoridades de otros Estados miembros para aquellos medicamentos autorizados en un Estado que soliciten su reconocimientos en España, y en caso de discrepancias, ir al arbitraje de la Agencia Europea.

Por otra parte, y a nivel internacional, hay que señalar como ejemplo las negociaciones para los acuerdos de reconocimiento mutuo de la Unión Europea con países terceros como Estados Unidos, Canadá o Japón, que van a tener importantes repercusiones en las importaciones o en las conferencias internacionales de armonización de los requerimientos técnicos de evaluación de medicamentos, las conferencias ITH. En definitiva quiero transmitirles la complejidad del área farmacéutica y, por lo tanto, del marco jurídico que la regula.

A lo largo de mi intervención voy a incidir en los puntos más destacados de nuestra actividad. Tengo que diferenciar tres grandes áreas. En primer lugar, les informaré de las actuaciones dirigidas a garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, nuestra misión fundamental y prioritaria. Tengo que recordar que estamos obligados a cumplir con nuestros compromisos como miembros de la Unión Europea, que armonizó las disposiciones nacionales en este ámbito para la creación del mercado interior en 1993 y para posibilitar la libre circulación de medicamentos. Por lo tanto, para la adopción de medidas en esta materia, tenemos que ajustarnos a las decisiones que se adoptan por todos los Estados miembros en los comités europeos. La segunda parte de mi intervención se centra en informarles de las medidas dirigidas a controlar el gasto farmacéutico. Éste es un tema muy delicado por cuanto cualquier acción que se adopta tiene una amplia repercusión social. Por ello hemos tenido en cuenta la experiencia de otros Estados, valorando además su aplicación en nuestro país. Hay que destacar que en la práctica totalidad de los países de la Unión Europea se implantaron hace algunos años listas positivas o negativas de medicamentos. También hemos analizado los resultados de la aplicación en Alemania, Dinamarca u Holanda de un sistema de precios de referencia apoyado en un mercado de medicamentos genéricos como una medida que posibilita reducir el gasto manteniendo la prestación farmacéutica actual. Finalmente, les comentaré nuestra visión respecto a la creación de la Agencia Española del Medicamento y su repercusión en la política farmacéutica del Ministerio.

Paso ya a informarles sobre nuestras actividades relacionadas con la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Garantizar la calidad de los productos farmacéuticos es una de nuestras principales misiones, y en ella tiene un papel fundamental el trabajo de nuestros equipos de inspección. Es una satisfacción comunicarles que desde el pasado 1 de enero España es miembro de pleno derecho

de la Pharmaceutical Inspection Convention, la PIC, que es, concretamente, una convención creada en 1970 por la Asociación Europea de Libre Comercio, constituida actualmente por 19 países. Se basa en el reconocimiento de inspecciones entre estos países, ampliando el ya consolidado dentro de la Unión Europea a otros Estados. En el aspecto específico de la inspección farmacéutica, tenemos la ventaja de armonizar y unificar exigencias, interpretaciones de exigencias legales, experiencias en auditorías y formación de inspectores mediante el intercambio de informes, directrices y recomendaciones para los servicios de inspección farmacéutica. En el aspecto comercial, ha supuesto la eliminación de barreras técnicas que suponían la no aceptación por parte de determinados países de los certificados de cumplimiento de normas de correcta fabricación, expedidos por los servicios de inspección farmacéutica españoles, a los fabricantes de medicamentos y materias primas empleadas en la fabricación de éstos.

Siguiendo con las actividades de inspección farmacéutica previstas para el año 1998, correspondientes a las competencias atribuidas a los servicios del Ministerio de Sanidad y Consumo y a las competencias no asumidas por las comunidades autónomas en materia de ejecución de la legislación farmacéutica, les informo de sus tres áreas de actividades. En primer lugar, el programa de actuaciones inspectoras dentro del territorio nacional, que implica la verificación del cumplimiento de las normas de correcta fabricación de medicamentos por los laboratorios farmacéuticos, tanto con carácter periódico como puntual, como consecuencia de modificaciones de instalaciones o de las especialidades que se fabrican. En segundo lugar, el programa de actuaciones inspectoras de ámbito internacional, con la finalidad de controlar los laboratorios que fabrican medicamentos que son importados en los Estados miembros de la Unión Europea y en los que España es Estado de puerta de entrada. Y finalmente el sistema de garantía de calidad de la inspección farmacéutica en España, por el que se pretende armonizar y unificar los criterios de inspección a las entidades farmacéuticas que sean aplicados por los diferentes servicios, independientemente de que su dependencia sea del Ministerio de Sanidad y Consumo o de las diferentes comunidades autónomas.

Por otra parte, y en cuanto a la evaluación de la seguridad y eficacia, hay que señalar nuestra participación en los procedimientos europeos. En el procedimiento de reconocimiento mutuo de medicamentos o procedimiento descentralizado, hemos sido recientemente, por primera vez, Estado miembro de referencia de un medicamento desarrollado en España que ha sido reconocido por la totalidad de los 14 restantes Estados miembros, hecho que no se produce generalmente y que pone de manifiesto un importante trabajo de nuestro equipo. Respecto al procedimiento centralizado, en los dos primeros años de la existencia de la Agencia Europea, 1995 y 1996, fuimos ponentes o componentes en dos medicamentos, incrementando nuestra participación en 1997 a seis medicamentos más y otras dos ponencias adicionales en lo que va del ejercicio de 1998. Además, nuestros expertos han dirigido grupos de trabajo de evaluación preclínica de vacunas y sobre productos bio-

lógicos y han actuado como ponentes en diferentes guías europeas de evaluación de medicamentos, como la guía de esclerosis múltiples, la guía para la enfermedad arterial periférica o la guía para accidentes vasculares cerebrales agudos. Todo ello refleja nuestra vocación europea y el potencial científico de España, cuya participación y presencia en Europa vamos a incrementar hasta alcanzar el lugar que nos corresponde con la creación de la Agencia Española del Medicamento, como luego les detallaré.

Hasta ahora he hecho referencia a medicamentos, pero queda un gran sector de nuestra competencia, que es el correspondiente a los productos sanitarios y cosméticos. Las líneas básicas de acción de la Dirección General en productos sanitarios durante 1997 han consistido en la consolidación del nuevo régimen legislativo introducido con la publicación del Real Decreto 414/1996, que traspone la Directiva Comunitaria 93/42 sobre productos sanitarios. Para la industria española de productos sanitarios, la adaptación a las condiciones impuestas por la legislación comunitaria requiere un importante esfuerzo, ya que los sistemas de garantía de calidad en la producción son un pilar esencial para la obtención del mercado CEE de los productos y consiguiente acceso al mercado europeo. De las 120 solicitudes para certificación del mercado CEE que se han presentado por empresas españolas, 60 han tenido lugar en los últimos cuatro meses. Por otra parte, y desde marzo de 1997 a marzo de 1998, se han realizado 60 auditorías y evaluado 453 productos que, a través de la certificación de conformidad española, tienen acceso al mercado comunitario.

Estos procedimientos de evaluación y certificación, que responden al concepto de evaluación de la idoneidad sanitaria enunciado en nuestra Ley General de Sanidad, se completan con otros procedimientos encaminados a ejercer el control de mercado y detectar los incidentes adversos que eventualmente pueden producirse con la utilización de los productos, investigando las causas y adoptando las medidas que evitan su repetición. Estas acciones adquieren la máxima importancia si consideramos que el mercado de los productos sanitarios es un mercado europeo sin fronteras, donde la evaluación realizada en cualquier Estado surte efectos en todo el resto, al regirse por el reconocimiento mutuo, y donde no existen los mecanismos nacionales de acceso al mercado que tienen lugar en medicamentos con los procedimientos de registro, autorización sanitaria y fijación de precios.

En cuanto al sistema de vigilancia, se han recibido 189 notificaciones de incidentes adversos que han conllevado las correspondientes actuaciones correctivas. Estas notificaciones tienen su origen tanto en España como en el resto de los países de la Unión Europea, ya que el sistema de vigilancia integra dos circuitos: uno externo entre los fabricantes de productos sanitarios establecidos en la Comunidad y las autoridades nacionales de los Estados de la Unión y otro interno entre autoridades, institucionales sanitarias y fabricantes o distribuidores de cada país. La aplicación de la legislación de productos sanitarios se completa igualmente con otros procedimientos, como los de autorización e inspección de los establecimientos de distribución, venta

y adaptación de productos sanitarios o de autorización y control de los mensajes publicitarios, cuya ejecución corresponde íntegramente a las comunidades autónomas, pero en las cuales la Dirección General ejerce la función de coordinación que corresponde a la Administración del Estado, mediante un grupo de trabajo creado al efecto en el que se elaboran documentos consensuados que permiten la aplicación de una doctrina homogénea en estas materias.

Respecto a productos cosméticos, el año 1997 ha sido relevante, ya que el 31 de octubre de 1997 se ha publicado el real decreto sobre productos cosméticos. Este real decreto refunde toda la legislación cosmética anterior e incorpora las últimas directivas comunitarias en la materia. La nueva legislación impone dos filosofías esenciales de cambio. Por un lado, una mayor transparencia hacia el consumidor, de forma que se mejora ostensiblemente la información que éste recibe sobre el cosmético que va a utilizar, y, por otro lado, la introducción de mecanismos de información a las autoridades que permiten ejercer con mayor eficacia el control de mercado de estos productos, lo que redundará en una mejora de las garantías para la salud.

En otro orden de cosas, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ha diseñado un programa informático mediante el cual se introducen las composiciones cuantitativas completas de todos los cosméticos comercializados en España junto con las informaciones relevantes, a efectos de tratamiento médico, con el fin de poder acceder a esta información en caso de que se produzca un efecto adverso grave o un episodio de intoxicación. El Instituto Nacional de Toxicología, como centro responsable en materia de intoxicaciones, tiene acceso permanente a esta información. Desde el pasado 20 de noviembre, fecha de la entrada en vigor de este real decreto, se han introducido en este sistema los datos correspondientes a 1.225 cosméticos.

Para iniciar la segunda parte de mi intervención, tengo que recordarles que desde los años setenta el continuo incremento del gasto sanitario ha preocupado a las autoridades nacionales. Los factores principales que impulsan este crecimiento de los recursos públicos destinados a financiar los sistemas sanitarios de Seguridad Social son principalmente, como ustedes conocen, la creciente edad de la población y el aumento de las enfermedades crónicas. A ello va unido el progreso tecnológico de la medicina y el vertiginoso desarrollo de nuevos medicamentos en los últimos años.

No quiero abusar de las cifras, pero sí me gustaría informar de algunos datos recientes con respecto a la evolución del consumo farmacéutico a través de oficinas de farmacia.

Entre 1987 y 1997 el gasto público de la prestación farmacéutica a través de oficina de farmacia ha crecido con una tasa anual acumulativa del 12,8 por ciento, aunque en el último período 1996-1997 el crecimiento del gasto ha sido solamente de un 5,42 por ciento en todo el Sistema Nacional de Salud. El importe a PVP de la prestación farmacéutica en 1997 ascendió a 933.553 millones de pesetas. Ante la magnitud de estas cifras es imprescindible adoptar medidas para que el crecimiento permanezca en

unos límites razonables que garanticen la suficiencia financiera del sistema sanitario público, dentro del cual la prestación farmacéutica extrahospitalaria alcanza el 20 por ciento, muy por encima de la media de los países europeos.

Las medidas adoptadas en este momento en España son conocidas por SS. SS. y la mayoría han sido debatidas en el seno de esta Comisión: márgenes de oficinas de farmacia, financiación selectiva, pacto con la industria farmacéutica. La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, incide no sólo en las exigencias relativas a la seguridad y eficacia de los medicamentos, sino que también enfatiza las condiciones para su uso racional. Por tanto, lleva implícita la valoración de los beneficios de los medicamentos frente a sus riesgos y coste.

El capítulo V de la citada Ley del Medicamento recoge, entre las medidas relativas al uso racional, la financiación selectiva de los medicamentos. El señor ministro y el señor secretario del departamento han informado ya en esta Cámara sobre el contenido y el alcance del proyecto de real decreto por el que se amplía la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. Por este motivo, me voy a limitar a indicarles la situación actual de su tramitación.

En este momento, el proyecto de real decreto está sujeto a las consideraciones que, tras su estudio, comuniquen las 25 instancias y organizaciones sociales, profesionales, científicas y empresariales a las que se ha remitido, entre las que se encuentran las sociedades científicas relacionadas con la atención primaria de la salud y especialmente aquellas vinculadas al campo del medicamento, los colegios profesionales de médicos farmacéuticos, odontólogos y estomatólogos, las reales academias de Farmacia y Medicina, el Consejo de consumidores y usuarios, el Consejo estatal de personas mayores, de industria y distribución farmacéutica y los consejos nacionales de especialidades médicas y farmacéuticas. El plazo de trámite de la información pública finaliza en la primera semana de mayo.

Por otra parte, como ustedes conocen, les puedo concretar que el pasado 20 de abril el pleno del Consejo Económico y Social dictaminó favorablemente sobre este proyecto de real decreto, y que a lo largo del próximo mes de mayo está previsto someter a informe el proyecto a la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos, que lo estudiará tanto en comisión permanente como en sesión plenaria.

También estamos propiciando la comercialización de medicamentos genéricos. El señor ministro y, en varias ocasiones, el señor subsecretario han informado también en esta Cámara de la política del Ministerio sobre la fabricación y dispensación de especialidades farmacéuticas genéricas en España.

Los resultados del trabajo realizado hasta la fecha son los siguientes: hasta el momento han sido evaluadas por el Centro Nacional de Farmacología 287 solicitudes, de las cuales cuentan con dictamen favorable 126 y no han sido conformes en primera instancia 161. Se ha concedido autorización sanitaria a 99 especialidades farmacéuticas genéricas y 41 solicitudes han recibido ya la conformidad de la Comisión Nacional de Evaluación del Medicamento

—que por cierto se reúne hoy, con lo cual esta cifra probablemente se incrementará—, por lo que en fechas próximas esta lista de 41 solicitudes dispondrá del correspondiente conforme sanitario.

Estas cifras indican la amplia respuesta de los laboratorios en cuanto a interés en esta franja de mercado, así como la agilidad de la Administración en su evaluación y el rigor de la misma. Tanto la agilidad como el rigor indican la voluntad del Ministerio de Sanidad y Consumo de contar, en el plazo más breve posible, con el mayor número de especialidades farmacéuticas genéricas, pero sin renunciar al cumplimiento de los requisitos exigidos a estas especialidades, entre los que destacan calidad y bioequivalencia. Con ello iremos aproximándonos a los mercados de genéricos que existen en muchos países de la Unión Europea.

Los Estados miembros también han adoptado otras medidas de distinta naturaleza orientadas a equilibrar el binomio gasto público-recursos, mientras que cabe citar el establecimiento de precios de referencia, entendiéndose por tales las cuantías máximas que financiarán los sistemas de Seguridad Social para los distintos conjuntos de medicamentos.

La Ley 13/1996, de 30 de diciembre de Medidas fiscales, administrativas y de orden social, en su artículo 169.4 añade un apartado 6 en el artículo 94 de la Ley del Medicamento según el cual el Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá limitar la financiación pública de medicamentos, estableciendo que entre las distintas alternativas bioequivalentes disponibles sólo serán objeto de financiación íntegra con cargo al Sistema Nacional de Salud las especialidades farmacéuticas cuyos precios no superen la cuantía que para cada principio activo se establezca reglamentariamente.

Esta limitación en la financiación de especialidades farmacéuticas financiadas con fondos públicos —transcribo literalmente lo que incorpora la modificación de la Ley del Medicamento— no excluirá la posibilidad de que el usuario elija otra especialidad farmacéutica prescrita por el médico que tenga igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación y de precio más elevado, siempre que además de efectuar, en su caso, la aportación económica que le corresponde satisfacer de la especialidad farmacéutica financiada por el sistema, los beneficiarios paguen la diferencia existente entre el precio de ésta y el de la especialidad farmacéutica elegida.

Con el objeto de clarificar y precisar la legislación existente, la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, añade en su artículo 109.3 un nuevo párrafo al apartado 6 del artículo 94 citado anteriormente, especificando que cuando la presentación de la especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia el farmacéutico deberá sustituirla, excepto en el supuesto previsto en el párrafo anterior, por una especialidad farmacéutica genérica de idéntica composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma, vía y dosificación, y de igual o inferior cuantía que la establecida.

En definitiva, el párrafo incorporado tiene dos objetivos. De una parte, pretende clarificar que la especialidad bioequivalente cuyo precio sea superior al de referencia sólo podrá sustituirse por un medicamento genérico que, por su propia definición, incorpora el concepto de bioequivalencia. Por otra parte, precisa la obligación del farmacéutico de dispensar una especialidad genérica cuando la prescripción realizada corresponda a un fármaco bioequivalente cuyo precio sea superior a la cuantía establecida de referencia.

Los precios de referencia tratan de incorporar la lógica económica en los diversos submercados donde existen productos sustitutivos. Es por esta razón por la que algunos países de nuestro entorno, como Alemania, Dinamarca, Holanda, Noruega o Suecia, han introducido este tipo de medidas intervencionistas en el mercado del medicamento.

La disposición a tramitar, que es un proyecto de real decreto, se dicta sobre la base de la competencia que atribuye al Estado el artículo 149.1.1.^a y 17.^a de la Constitución española y en desarrollo del artículo 94 de la Ley del Medicamento. De acuerdo con el que he mencionado artículo 94.6, se entenderá en España por precio de referencia la cuantía máxima que financiará el Sistema Nacional de Salud para los distintos conjuntos homogéneos de especialidades farmacéuticas que contienen como alternativa terapéutica al menos una especialidad farmacéutica genérica.

Para la aplicación de los precios de referencia se tendrán en cuenta los dos criterios generales siguientes: a) que exista un conjunto homogéneo de especialidades farmacéuticas que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, formato, dosis y vía de administración; y b) que en el conjunto exista al menos una especialidad farmacéutica genérica. Teniendo en cuenta que los precios de referencia configuran un sistema dinámico, el Gobierno periódicamente podrá revisar las sustancias medicinales incluidas, así como las presentaciones afectadas y los precios aplicables a cada una de ellas.

Las especialidades farmacéuticas bioequivalentes cuyos precios no superen las cuantías que para cada presentación se establezca como máximo serán objeto de financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud, mientras que las que superen esta cuantía sólo serán financiadas tras los precios de referencia fijados.

La cuantificación de este sistema de precios de referencia no es fácil, porque no sólo depende del alcance de la implantación de los productos genéricos, actualmente en pleno desarrollo, sino también de las estrategias de las compañías farmacéuticas investigadoras en relación con esta nueva modalidad, que vendrá a instaurar un sistema de competencia vía precios en segmentos de mercado de estas compañías han estado dominando junto con sus licenciarios en la práctica totalidad de los casos.

Con respecto al calendario de implantación previsto, se estima comenzar la tramitación de este real decreto en los próximos días, concluyéndose previsiblemente todo el proceso a finales de este ejercicio de 1998.

Las previsiones realizadas sobre el número de genéricos aprobados al concluir este año se sitúan entre 175 y

225, que se corresponden con los objetivos fijados por el Instituto de Salud Carlos III y la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, objetivos que debe hacer suyos la futura Agencia Española del Medicamento.

El plazo de iniciación de la tramitación del real decreto ha estado condicionado por la necesidad de disponer de un número adecuado de medicamentos genéricos que posibiliten una implantación eficiente del sistema de precios de referencia. En definitiva, los precios de referencia deben permitir armonizar las políticas de contención del gasto farmacéutico y de uso racional del medicamento con el desarrollo del tejido industrial, tanto investigador como de aquel que opera bajo un modelo empresarial basado en la fabricación de especialidades farmacéuticas genéricas.

Siguiendo en el ámbito del uso racional, pero abordándolo desde otra perspectiva, tengo que hacer referencia a la necesidad actual de un cambio en la actividad de los farmacéuticos y de su integración en los equipos de salud. Actualmente estamos apoyando los programas de atención farmacéutica iniciados por los colegios de farmacéuticos y por grupos de profesionales de oficina de farmacia con el objetivo de potenciar su labor mediante una participación activa en la asistencia al paciente, en la dispensación, información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos, así como su cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios.

Es muy difícil participar plena y activamente en la atención farmacéutica sin renovar con la suficiente frecuencia e intensidad los conocimientos en farmacoterapia. Por ello, otro de nuestros retos actuales es la formación continuada. Esta cuestión se está estudiando con detenimiento en el comité consultivo para la formación de farmacéuticos de la Unión Europea, en el que se aprobó el pasado mes de marzo de 1997 un documento que recoge lo que en principio son recomendaciones sobre formación continuada. Este informe europeo considera absolutamente imprescindible, de acuerdo con las nuevas responsabilidades que han de asumir los farmacéuticos de oficina (y los cambios que se están introduciendo los sistemas de salud así lo indican literalmente), que los farmacéuticos comunitarios tengan permanentemente actualizados sus conocimientos a través de programas de formación continuada. indica que las autoridades nacionales o las asociaciones profesionales deberían regular la formación continuada como una obligación ética para los farmacéuticos.

La comisión de formación continuada del Sistema Nacional de Salud para profesionales sanitarios ya ha comenzado sus trabajos y cuenta con el impulso de la subsecretaría del departamento. Se articula dentro de los convenios de conferencias sectoriales del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y contará con la participación activa de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. De esta forma, los farmacéuticos y el resto de los profesionales sanitarios podrán acreditar los cursos y períodos de formación que le son indispensables para una actualización de los conocimientos en el ejercicio profesional. Creo que esto tiene gran importancia y sus resultados se podrán apreciar a medio plazo.

Por otra parte, quisiera señalar que en 1997 entró en vigor el decreto 412/1997, que establece la forma de acceso a las especialidades de radiofarmacia, farmacia industrial y galénica y análisis y control de medicamentos y drogas. El pasado 19 de febrero se constituyeron las comisiones promotoras de las dos últimas especialidades mencionadas y concretamente la correspondiente a radiofarmacia se creó en 1990, estando convocándose plazas de formación por la vía FIR y por la vía QIR desde 1993.

Finalmente, paso ahora a informarles de las cuestiones relativas a la creación de la Agencia Española del Medicamento y su repercusión sobre la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. De la situación del proyecto se informará con detalle y profundidad, según tengo entendido, en una próxima comparecencia, pero yo me voy a limitar a presentarles sus líneas generales para incidir con más detenimiento en las consecuencias específicas sobre el funcionamiento de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social, dedica la sección 5.^a del capítulo II del título IV a la creación y regulación nuclear de la Agencia Española del Medicamento. Como conocen SS. SS., se configura como un organismo autónomo, de acuerdo con lo previsto en los artículos 41 y 43 de la Ley 6/1997, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado, cuenta con personalidad jurídico-pública diferenciada y plena capacidad de obrar y está adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, al que corresponde su dirección estratégica, así como la evaluación y control de los resultados de su actividad a través de la subsecretaría del departamento, cuyo titular desempeñará la presidencia de la agencia.

La ley, al crear la agencia española, pretende sumar recursos humanos, materiales y financieros de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios así como del Instituto de Salud Carlos III para, manteniendo la transparencia e incorporando las nuevas tecnologías en los sistemas de información, simplificar los procedimientos administrativos de registro a efectos de conseguir la máxima eficiencia y eficacia en el servicio prestado a los ciudadanos. El aspecto más novedoso será el establecimiento de una metodología de trabajo cualitativamente diferente a la desarrollada hasta el momento. El nuevo sistema de evaluación que se plantea, más acorde con los modelos existentes en otros países de la Unión Europea, se sustenta en la participación de paneles de expertos que van a permitir no sólo una evaluación más ágil, sino también posibilitar la permeabilidad del potencial científico de nuestros profesionales de hospitales, universidades y otros centros asistenciales en beneficio de todos. La agencia, además, contará para el desempeño de sus funciones con el asesoramiento de los órganos colegiados de carácter consultivo ya existentes, concretamente el Comité de evaluación y el Comité de seguridad de medicamentos.

Respecto a la repercusión que esta nueva estructura va a tener en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, es indudable que va a ser muy importante a todos los niveles, pero tengo que partir de una diferenciación

muy clara: la Agencia Española del Medicamento será fundamentalmente un órgano científico responsable de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios permanecerá, como señala el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, como responsable de la gestión y desarrollo de la política de farmacéutica del departamento. Esta diferencia podría asimilarse en parte a la que actualmente existe en la Unión Europea, con una Agencia Europea de Evaluación del Medicamento, cuya misión es estrictamente científica, y los servicios de la Comisión Europea con responsabilidad en política farmacéutica.

Las avances científicos y tecnológicos de la última década han cambiado sustancialmente el vademécum farmacéutico, con medicamentos sumamente complejos que requieren una gran especialización, en muchos casos multidisciplinar, para su evaluación. Asimismo, la creación del mercado único, la eliminación de fronteras entre los Estados, los acuerdos del conocimiento mutuo de la Unión Europea con países terceros y la globalización que está teniendo lugar han modificado el marco de actuación y nos obligan a dar una respuesta y cumplir compromisos, no sólo a nivel de evaluación, sino en cuestiones de farmacovigilancia, inspección e intercambio telemático de información, con unas exigencias difícilmente asumibles con la estructura actual.

Hay una gran diferencia entre la situación española de los años ochenta, con una responsabilidad sanitaria nacional basada en un importante control e inspección en nuestras fronteras, con medicamentos principalmente de síntesis química y sin patente de producto, y el momento actual, con la presión de los monopolios de los productos de alta tecnología y/o demanda de salud y la repercusión social tan importante del medicamento con la que vivimos. Pero ésta no es únicamente una situación española, sino que otros países, la mayoría, han adecuado sus estructuras hace ya algunos años, estando ya firmemente consolidadas. En base a ellas y a sus experiencias, se está construyendo la Agencia Española del Medicamento.

Por ello, uno de nuestros principales esfuerzos ahora es realizar un análisis profundo para lograr que esta separación se produzca con una interrelación entre ambas estructuras que posibilite un engranaje óptimo, necesario por las específicas circunstancias del mundo del medicamento, en el que se enlazan cuestiones científicas con la política farmacéutica. La comercialización de un medicamento no debe apartarse de su fin de proporcionar a la población la herramienta adecuada y necesaria para la protección y promoción de su salud, pero su imbricación en el Sistema Nacional de Salud, su uso racional y, en resumen, todos los múltiples aspectos que le van a hacer accesible a la población, sea cual sea su situación, es una cuestión de política farmacéutica de la que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y el departamento en su conjunto es responsable.

En concreto, las funciones que permanecerán en la órbita de la Dirección General de Farmacia se corresponderán, en primer lugar, con las competencias del Estado en lo que corresponde a prestación farmacéutica del Sistema

Nacional de Salud, entre las que podemos citar: la formulación de propuestas en relación con la financiación de medicamentos y efectos y accesorios a través de receta de Seguridad Social, la tramitación de la oferta de especialidades farmacéuticas y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud, el control de facturación de recetas, o la gestión de la información agregada sobre el consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. Todas tienen una repercusión de carácter asistencial, social y económico, puesto que a través de recetas el consumo farmacéutico en 1997, como ya he indicado, superó los 933.000 millones de pesetas, y es necesario un control de su gestión, información y planificación muy equilibrada para posibilitar la equidad en el acceso a la prestación farmacéutica y la suficiencia financiera del sistema.

En segundo lugar, también son competencias de la dirección los aspectos estrictamente económicos de los medicamentos y efectos y accesorios, así como la intervención de precios. Aquí tendríamos la realización de estudios técnicos necesarios para establecer los precios y márgenes de especialidades farmacéuticas, la elaboración de los correspondientes informes y análisis sobre el gasto farmacéutico, el suministro de apoyo técnico y administrativo a la futura comisión interministerial de precios, o la formulación de propuestas sobre retribuciones de oficinas de farmacia y márgenes de distribución mayorista; tema, como conocen ustedes también, muy delicado por cuanto repercute tanto en el Sistema Nacional de Salud, como en el desarrollo industrial que, aun permaneciendo en la competencia exclusiva de los Estados miembros, está sometido a una presión cada vez mayor de instancias internacionales.

También quiero señalar nuestra competencia en todas las actividades relacionadas con el uso racional en sentido amplio, según la Ley del Medicamento y la Organización Mundial de la Salud. Esto incluye el suministro de apoyo técnico y administrativo a la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos, el desarrollo de programas de coordinación con las comunidades autónomas en materia de ordenación y prestaciones farmacéuticas, el suministro de información sobre medicamentos, la autorización de la importación de medicamentos no autorizados en España y del uso compasivo de los mismos, el impulso de la formación de farmacéuticos, coordinando el desarrollo y las especialidades y la formación continuada, los estudios y propuestas sobre oficinas de farmacia y la autorización de la policía de medicamentos cuando ésta sea competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre estas funciones, destacaría la necesaria coordinación con las comunidades autónomas, imprescindible en un marco autonómico como el español, y que hace que las comisiones y grupos de trabajo del consejo interterritorial tengan que incrementar sus reuniones de forma exponencial. Somos muy sensibles respecto de la necesidad de mantener una comunicación fluida y propiciar los intercambios de información para rentabilizar al máximo el potencial de las administraciones sanitarias con las aportaciones de todos, definiendo, en la medida de lo posible, marcos generales de consenso que respeten la identidad y la singularidad de los diferentes territorios.

Finalmente, la Dirección General de Farmacia deberá desarrollar las funciones que en relación con los productos sanitarios, cosméticos, preparados utilizados en la higiene personal y desinfectantes de material clínico y farmacéutico y de ambientes clínicos y quirúrgicos atribuyen al Ministerio de Sanidad y Consumo la Ley General de Sanidad, la Ley del Medicamento y las disposiciones de aplicación de las directivas comunitarias en esta materia. No voy a incidir más en ello, por cuanto en la exposición de las actividades relacionadas con este campo lo he analizado ya con detalle. A la vista de las diferentes competencias que se atribuirán a la futura Agencia del Medicamento y las de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, pero teniendo en cuenta su complementariedad dentro del marco general farmacéutico, se está actualmente analizando en profundidad la coordinación entre ambas entidades, en principio asegurada bajo la tutela del señor subsecretario, y además mediante la presencia del director general de Farmacia y Productos Sanitarios en el consejo de la agencia. Con esta integración se pretende facilitar que los resultados de esta reestructuración permitan alcanzar los objetivos que nos han llevado a adoptarla, y cuyo último fin es la optimización de nuestro trabajo como servicio de la sociedad, a la que nos debemos en el ámbito farmacéutico.

Espero haber respondido con mi intervención al interés de sus señorías. Quedo ahora a su disposición para responder cualquier pregunta que me quieran formular, agradeciéndoles la atención que me han prestado.

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

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor director general, bienvenido a esta Comisión, puesto que es su primera comparecencia, y felicidades por el optimismo y el positivismo que ha reflejado a lo largo de su información, pero he de decirle que mi grupo parlamentario no coincide con esa valoración positiva y optimista.

En primer lugar, señor director general, ¿cómo puede usted estar tan optimista si lo cierto es que su dirección general ha quedado vacía de contenido en gran medida a través de las decisiones últimas tomadas en el ámbito del Ministerio de Sanidad? La creación de la Agencia Española del Medicamento, a la que ha hecho usted referencia, ha dejado sin competencias en gran parte a la Dirección General de Farmacia; pero, más allá de esto, mi grupo parlamentario, que está de acuerdo con la creación de una Agencia Española del Medicamento, no puede estarlo con la forma en que ustedes la han regulado y planteado.

Como decía, ha contribuido a vaciar de contenido a la Dirección General de Farmacia, pero la han configurado ustedes como un organismo autónomo, atribuyéndole unas funciones mezcla de actividad consultivo-técnica y actividad inspectora que nos preocupa de una forma muy especial por lo que significa de confusión entre lo público y lo privado. Le atribuyen la capacidad de desarrollar actividad de consultoría y asistencia y mi grupo se pregunta que quién puede tener interés en ser cliente de la Agencia Es-

pañola del Medicamento en esta materia cuando luego tiene también competencias, como decía antes, en autorización o en tareas de inspección. ¿Cómo se relaciona su dirección general con esta Agencia Española del Medicamento? ¿O es que la dirección general nada tiene que ver ya con estas funciones y es el subsecretario del Ministerio de Sanidad la única autoridad política en esta materia?

También se ha quedado vacía de contenido su dirección general, señor Plaza, desde el momento en que determinadas decisiones, como la del medicamentazo, se han tomado desde el Ministerio de Economía; una medida que se ha adoptado en el marco de la financiación sanitaria, sin ningún criterio de uso racional del medicamento y con un único criterio de naturaleza economicista. Sobre esta cuestión mi grupo ha tenido repetidas ocasiones de manifestar y fijar su posición política, totalmente contraria a la forma y al fondo de la medida y que no voy a repetir en esta sesión, pero sí quiero poner de manifiesto, apuntar, quién ha ejercido la función de apoyo en el trámite del Consejo Económico y Social, al que usted ha hecho referencia también en su intervención: los sectores empresariales, señor director general; si la información periodística que yo he leído se ajusta a la realidad, los sectores empresariales. ¿No le hace reflexionar este hecho?

Por lo que ha expresado el señor director general, el real decreto que va a dar soporte jurídico al medicamentazo lo tiene en estos momentos ya todo el mundo. Yo le formulo la petición, a través de esta comparecencia, de que lo remita también a los grupos parlamentarios. No es normal que esté en manos de distintos sectores sociales y que los grupos parlamentarios no tengamos conocimiento de ese real decreto.

Me va a permitir que le formule una relación de preguntas que tienen que ver con la retirada de la financiación pública de una lista de medicamentos. Señor director general de Farmacia, ¿la financiación selectiva va a afectar sólo a las recetas o también al medicamento hospitalario? ¿Se contempla esto en el decreto? Otra pregunta: dado que en la comisión de seguimiento del pacto firmado con Farmaindustria no están presentes las comunidades autónomas, ¿cómo se van a garantizar las competencias de las comunidades autónomas?

¿En qué medida se encarecerá el gasto farmacéutico individual de los ciudadanos con el acuerdo alcanzado con Farmaindustria de libertad de precios de los medicamentos no financiados? ¿Cuánto se encarecerán los medicamentos que quedan fuera de la financiación pública, señor director general? La industria ha citado datos de en torno a un 30 por ciento, ¿cuál es la previsión que hacen en la Dirección General de Farmacia?

Con relación también al acuerdo con Farmaindustria, ¿cuántos laboratorios han ratificado el acuerdo con Farmaindustria y en qué fecha? ¿Cómo van a garantizar uno de los aspectos contemplados en ese acuerdo, que es el de generalización de la receta blanca a lo largo del ejercicio de 1998? ¿Van ustedes a obligar a los médicos a recetar medicamentos no financiados públicamente? Sobre esta cuestión, señor director general, mi grupo tiene muchas dudas.

A este grupo parlamentario, señor Plaza, están llegando quejas e información de enfermos crónicos que nos están transmitiendo su inquietud porque se les está limitando la prescripción de medicamentos necesarios para su tratamiento. Por ejemplo, a los diabéticos parece que están ustedes fijándoles cantidades de fármacos limitadas para esos tratamientos, incluso llegando a significar una reducción o limitación en las cantidades con relación a lo que venían recibiendo. ¿Qué decisiones han adoptado en esta materia respecto a la prescripción de medicamentos para enfermos crónicos? ¿Han tomado alguna medida o alguna decisión?

Otro tema que nos preocupa, señor director general, ¿qué datos contiene el código de barras de la etiqueta que emite el TAIR, el nuevo instrumento informático que han implantado en atención primaria y que se adhiere a las recetas? ¿Cuál es su opinión sobre la protección de la confidencialidad de los datos del paciente y su compatibilidad con este nuevo sistema del TAIR? Explíquenos cuál es el circuito que recorre la receta de prescripción desde que es emitida por el médico facultativo.

Medicamentos genéricos. Ésta es una medida que iba a ser la panacea para el control del gasto farmacéutico y que le dio muchas páginas de periódicos al señor ministro en su momento, pero que ustedes mismos regularon de una forma restrictiva, es decir, estableciendo barreras a la entrada de estos medicamentos en el mercado farmacéutico español. ¿Qué repercusiones ha tenido en el control del gasto sanitario? ¿Cuál ha sido el volumen de prescripción a lo largo del año 1997 y en lo que va de 1998? ¿Para cuándo prevén que pueda hablarse de una introducción suficiente de medicamentos genéricos equiparable a la de otros países?

La sustitución terapéutica está directamente relacionada con la introducción del medicamento genérico en el mercado farmacéutico español y es tarea que habrán de desarrollar en el futuro los profesionales de las oficinas de farmacia. ¿Cómo piensan ponerla en práctica? ¿Piensan modificar la forma retributiva de estos profesionales que hoy tienen una forma retributiva ligada a un porcentaje fijo sobre ventas? El Grupo Parlamentario Popular presentó en esta Cámara una proposición no de ley que pretendía introducir márgenes escalonados. El mismo Grupo Parlamentario Popular ha retirado esta iniciativa y los propios colegios profesionales han puesto en conocimiento de sus colegiados que ha sido por presión de los colegios de farmacéuticos; el Grupo Parlamentario Popular, a través de un diputado de esta Cámara, ha enviado el escrito de retirada de esa iniciativa. ¿Cómo piensan ustedes incentivar a los profesionales de las oficinas de farmacia para que realicen sustitución terapéutica?

La prescripción, un importante eslabón en la cadena de la política del medicamento. ¿Qué nos puede decir del fraude, que tan reiteradamente citan responsables del Ministerio de Sanidad pero que nunca son capaces de concretar? ¿Puede concretarlo en estos momentos, señor director general?

Señor director general —el señor presidente me hace gestos; no es mi intención ponerle nervioso—, le formulo

la última pregunta. ¿Cuál es su posición sobre la aportación de los usuarios o el copago? La directora general que le ha precedido era favorable a medidas de este tipo. Es interés de mi grupo conocer cuál es su posición al respecto.

Termino, señor presidente, pero no quiero dejar de decir al señor director general que encontrará comprensión en mi grupo parlamentario en la preocupación sobre el control del gasto farmacéutico porque entendemos que toda peseta que se gaste de más, por encima de las necesidades de la salud de la población, hay que controlarla, pero nos encontrará siempre enfrente cuando estas medidas sean insolidarias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro, pero antes esta Presidencia pide excusas a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista porque ha incurrido en el error, fruto del hábito de los debates en la Comisión, de dar la palabra, en primer lugar, a la señora Novoa, cuando lo reglamentario habría sido dársela al Grupo Parlamentario Popular, que es el que había pedido la comparecencia. Pido excusas a la portavoz y a los miembros de la Comisión.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Acepto sus excusas, señor presidente. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, le agradezco las excusas pero creo que se debe recomponer el orden reglamentario; por tanto, debería intervenir el grupo proponente antes que los demás grupos de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Por parte de la Presidencia no hay ningún inconveniente.

Tiene la palabra el señor Castillo por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Señorías, señor Plaza, inicio mi intervención sumándome a la bienvenida que le ha dado la portavoz del Grupo Socialista, así como a la bienvenida que la Mesa de la Comisión de Sanidad le ha brindado.

Quiero agradecerle su profundo análisis sobre la política farmacéutica que desarrolla su dirección general y recordarle, para ponernos en antecedentes, que hace poco más de un año, por marzo de 1997, compareció ante esta Comisión la anterior directora general de Farmacia, a cuyo equipo usted pertenecía. Recuerdo perfectamente aquella comparecencia en la que eran muy recientes las primeras medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la finalidad de provocar un cambio evolutivo en el incremento del gasto en medicamentos soportado por la Seguridad Social, que en aquel momento era bastante alto. Aquellas dos primeras medidas recuerdo que fueron dos reales decretos, uno de reducción de márgenes comerciales a almacenes de distribución de especialidades farmacéuticas y productos sanitarios y a las oficinas de farmacia. En

esta Comisión, por parte de la entonces directora general, se anunciaron otras medidas complementarias que usted ha enumerado y sobre las que ya ha ofrecido resultados.

Recuerdo de igual manera que también por parte de algunos intervinientes en aquella Comisión existían serias dudas sobre la posible efectividad de esas políticas, por mor de cambiar la evolución ascendente del gasto en medicamentos.

Señorías, sobre el gran reto que propuso el ministro de Sanidad y Consumo, que era el control del incremento del gasto en medicamentos, conviene destacar que se ha visto culminado con un éxito sin precedentes. Al proceder detenidamente a un análisis de la evolución del gasto en medicamentos durante el año 1997, aparecen unos resultados que es de reconocer que son más que positivos, ya que, frente a un incremento del gasto durante 1996 respecto a 1995 del 11,36 por ciento, en el año 1997 ese incremento se ha visto reducido a un 5,42, suponiendo un diferencial del 5,94 por ciento.

Me he permitido hacer un resumido análisis de las medidas que han provocado esta desaceleración del gasto sin hacer peligrar, por supuesto, la prestación farmacéutica. Las medidas han sido de dos tipos: en primer lugar, medidas de carácter puramente estructural, como el acuerdo firmado con Farmaindustria el 1 de agosto de 1996, sustituido posteriormente el 22 de enero de 1998, y los antes mencionados decretos de modificación de márgenes en oficinas de farmacia y en almacenes de distribución. Dentro de estas medidas puramente estructurales, quiero recordar a todos ustedes la puesta en marcha de la política de fomento a la fabricación, registro y prescripción de medicamentos genéricos, antes mencionada por el director general.

En segundo lugar, ha habido otras medidas de carácter instrumental o de gestión que, en el ámbito del Insalud específicamente, han sido el establecimiento de programas de uso racional del medicamento a nivel de las gerencias de atención primaria y áreas de salud, la elaboración de boletines farmacoterapéuticos a nivel de áreas, introducción de terminales autónomos informáticos en atención primaria, lo cual permite mejorar, sin duda, la capacidad de control y racionalidad en la prestación farmacéutica, etcétera. Esta batería de medidas, señorías, ha permitido al Insalud pasar de un incremento del gasto farmacéutico del 11,16 por ciento en el año 1996, respecto al año 1995, a un incremento del gasto en medicamentos del 4,68 por ciento. Conviene destacar también que, en el conjunto de las comunidades autónomas con competencias en gestión de salud, este incremento del gasto ha supuesto un 1,2 por ciento más que en el territorio gestionado por el Insalud.

Respecto al número de recetas —y quiero decirlo aquí—, el crecimiento también ha sido menor. En el año 1997, respecto a 1996, del 1,93 por ciento para todo el Sistema Nacional de Salud, el Insalud ha sido la segunda entidad con menos crecimiento en recetas, siendo del 1,48 por ciento. En el conjunto de las comunidades autónomas con competencias en asistencia sanitaria el crecimiento en el número de recetas fue del 2,18 por ciento. Este dato representa también una desaceleración de las recetas prescri-

tas: en 1996, respecto al año 1995, hubo un crecimiento del 5,02 por ciento.

Como podemos observar, no han estado ustedes cruzados de brazos, según su extensa explicación, y los resultados cuantitativos respecto al control del gasto en medicamentos conviene destacarlos, pero también conviene animar a la dirección general a seguir en esa línea y no llegar al entumecimiento.

Quiero recordar que hay puntos todavía pendientes que, sabiendo que no son de competencia exclusiva de su dirección general, de su responsabilidad, no me gustaría dejar pasar por el interés que tiene para nuestro grupo recordarlo: el control en el gasto del consumo de medicamentos en hospitales que, como digo, sé que no depende exclusivamente de su dirección general. Asimismo, una cosa que preocupa a nuestro grupo, y que la hemos reiterado en anteriores ocasiones, es el control en el uso racional de los medicamentos de uso veterinario, del cual se derivan en cascada consecuencias sobre la salud humana y, a pesar de que conozco también que las competencias son compartidas entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, espero que con la creación de la Agencia Española del Medicamento estas competencias sobre medicamento de uso animal pasen a tener el mismo grado de control que el medicamento de uso humano.

Por último, no quiero dejar pasar un punto que también es competencia del ministerio y de todos nosotros, y es recordar que en la Ley del Medicamento se establecen los principios de igualdad territorial y procedimientos coordinados, de forma que los medicamentos se obtengan por los pacientes en condiciones de igualdad en todo el territorio dentro del Sistema Nacional de Salud. Mi grupo espera que la aprobación últimamente de leyes experimentales en algunas comunidades autónomas y proyectos de leyes en otras no ponga en peligro la prestación farmacéutica dentro de estos principios de igualdad territorial y consigan también tener pacientes de segunda categoría.

Para finalizar, señorías, quiero hacer patente de nuevo el apoyo de mi grupo a la política iniciada por la anterior dirección, de cuyo equipo usted formaba parte, repito, y, por tanto, que se compaginen políticas de gestión para controlar el incremento del gasto sin menoscabo de la prestación farmacéutica, apoyo que le seguiremos brindando mientras se den soluciones que contemplen toda la política farmacéutica en su conjunto, la cual, según criterios de mi grupo, está fundamentada en tres soportes fundamentales; garantizar, como usted nos ha dicho, la calidad, seguridad y eficacia del medicamento; potenciar la gestión y el control para posibilitar el mantenimiento y la mejora de la prestación farmacéutica y, por último y para nosotros lo más importantes, la recuperación de la salud del enfermo, que es, en definitiva, hacia el que se proyectan todas nuestras políticas sanitarias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Yo también le doy la bienvenida, señor Plaza, a esta Comisión. No obstante,

quiero manifestarle que el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida entiende que el ministerio en general y la dirección que usted representa en lo que se refiere a política del medicamento tiene una valoración profundamente negativa, si bien quiero señalar que se inserta dentro del continuismo que ha caracterizado a la política del medicamento en nuestro país desde hace décadas y que lo que ustedes han venido a hacer ha sido intensificar sus rasgos más negativos.

Señor director general, la política del medicamento en nuestro país responde, como lo ha hecho siempre, a preservar los intereses sacrosantos de la industria farmacéutica. Es la industria farmacéutica, son los beneficios de la industria farmacéutica los que determinan las medidas de política del medicamento, hecho que a un predecesor suyo en la Dirección General de Farmacia, ahora que está de moda Cervantes, le hizo comenzar un libro con la siguiente frase del Quijote: Con la Iglesia hemos topado, querido Sancho, al hablar de la industria farmacéutica. Y eso es evidente. Usted ha empezado, con muy buena voluntad, hablando de lo que yo reiteradamente insisto en que es el primer objetivo, la principal responsabilidad en materia del medicamento de la autoridad sanitaria, que es garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos. Esto tiene que ver, señor director general, con la calidad del registro de medicamentos, con la existencia en nuestro país de medicamentos que tienen el número de registro de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios manifiestamente obsoletos e ineficaces y no por ello carentes de efectos secundarios y de riesgos para la salud de la población.

Yo quiero manifestarle mi enorme preocupación porque usted en esta primera comparecencia no haya ni siquiera nombrado cuál es la actuación que su dirección general se plantea en torno al programa de revisión selectiva de medicamentos, que va encaminado, como usted bien sabe, a evaluar la autorización del registro a aquellos medicamentos que el paso del tiempo ha demostrado ineficaces u obsoletos y que mi grupo parlamentario entiende que es uno de los instrumentos fundamentales para acercarse a esa garantía de la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos. Por tanto, señor director general, mi primera pregunta es si el *Prosereme* tiene alguna función dentro de la política de su dirección general.

Con respecto al gasto farmacéutico, yo quería decirle que usted, como viene siendo histórico en esta Comisión, ha señalado como factores fundamentales que determinan el aumento del gasto farmacéutico el incremento en la edad de la población y el incremento de las enfermedades crónicas. Pues, señor director general, como el señor diputado del Grupo Popular ha señalado, esto no es ni mucho menos, en líneas de tendencia, el principal elemento que determina el gasto farmacéutico, la disminución en el número de recetas a que ha hecho referencia el señor diputado del Grupo Popular. Incrementos muy inferiores al aumento del gasto farmacéutico indican cuál es el principal elemento de incremento del gasto farmacéutico, que es la sustitución de medicamentos más baratos por medicamentos más caros, es decir, el incremento del precio de la re-

ceta, y esto tiene que ver con esa frase del Quijote a que yo me refería. La prescripción, señor director general, está en manos de la industria farmacéutica. Usted ha señalado que se van a llevar adelante programas de formación continuada de farmacéuticos y que están estudiando la formación continuada de profesionales de la sanidad, objetivo que carece de dotación presupuestaria alguna en los Presupuestos Generales del Estado para este año y del año pasado. La formación e información de los profesionales de la sanidad está totalmente en manos de la industria farmacéutica, y no solamente a través de los gastos de promoción, que como usted sabe alcanzan proporciones incommensurables casi, sino con respecto a un procedimiento que yo reitero ante usted en su primera comparecencia en esta Comisión pero que he señalado en varias ocasiones: el procedimiento de sustitución de medicamentos más baratos por medicamentos más caros, que es el elemento fundamental que garantiza los incrementos de beneficios de la industria farmacéutica y que se produce a través de un instrumento técnico-científico, entre comillas, la realización reiterada de ensayos clínicos que carecen de la oportuna autorización que la Ley del Medicamento prevé, que existen y que no hace falta ser Sherlock Holmes para detectarlo; las publicaciones acerca de ensayos clínicos que refieren las enormes ventajas, entre comillas también, de los supuestos sustitutivos de los medicamentos ya existentes, que obedecen a la promoción, a la financiación de la industria farmacéutica y que están siendo realizados en hospitales públicos (en los privados no, porque evidentemente eso lo pagan los servicios de farmacia hospitalaria). Es decir, se está induciendo, desde la industria farmacéutica, a través de ensayos clínicos sin autorización, la sustitución de medicamentos antiguos, baratos, de probada eficacia en muchos casos, por medicamentos nuevos que no tienen otro beneficio, como decía, que el de incrementar los beneficios de la industria farmacéutica.

Con respecto al gasto, le quiero hacer una pregunta también bien concreta, señor director general. ¿Cuál ha sido la evolución del gasto farmacéutico mensual público desde que allá por el mes de noviembre o diciembre se anunciara el nuevo medicamento? ¿Cuál ha sido el incremento —que en algunas comunidades autónomas ha sido espectacular, según mis noticias— de este gasto farmacéutico, es decir, el producto normal de ese acopio por parte de los usuarios que se ven amenazados por el nuevo medicamento?

Con respecto a los medicamentos genéricos y a los precios de referencia, evidentemente es una medida que mi grupo parlamentario apoya, que tiene una función de disminución del gasto y otra no menos importante, que me parece fundamental, que es aclarar e introducir elementos de identificación real de los principios activos en un registro absolutamente inflado, como es el registro de medicamentos de nuestro país. Pero quiero señalar algo que es obvio. ¿Quiénes fabrican los medicamentos genéricos? ¿Quiénes toman la decisión de qué principios activos se fabrican como medicamentos genéricos? Obviamente, los laboratorios. Y quiero llamar a la reflexión, porque muchas veces he sentido que de la introducción de medica-

mentos genéricos se espera resultados que no van a ser tan notables en la reducción del gasto farmacéutico por cuanto los laboratorios sólo van a fabricar como medicamentos genéricos aquellos principios activos que más beneficios económicos les proporcionen, y como la principal fuente de beneficios es la sustitución en la prescripción de medicamentos baratos por medicamentos más caros, creo que conviene ser sensatos a la hora de valorarlo positivamente y no esperar grandes milagros por cuanto, insisto, toda la prescripción está en manos de la industria farmacéutica.

En otro orden de cosas, querría preguntarle ¿qué modificaciones se plantean ustedes en relación con el real decreto de financiación selectiva de los medicamentos? ¿Qué esperan ustedes, señor director general, para escuchar el clamor popular ante algo que no puede identificarse de otra manera que como un nuevo recorte en las prestaciones sociales? ¿Qué esperan ustedes para tener la valentía política de adoptar medidas que realmente cumplan los objetivos que ustedes dicen plantearse, reducción del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento? Esas medidas no pueden ser otras que la eliminación del registro —ustedes tienen autoridad sobre el registro— de aquellos medicamentos que no son eficaces. Yo le tengo que preguntar una vez más: ¿qué pasa con los vasodilatadores periféricos? ¿Qué pasa con los 32.000 millones de pesetas que gasta la sanidad pública en medicamentos manifiestamente ineficaces y no por ello exentos de efectos secundarios? ¿Qué intereses hacen que estos medicamentos permanezcan financiados cuando en varios países europeos han sido retirados del registro? ¿Cuál es la razón, señor director general, para que esa preocupación por el gasto farmacéutico haya llevado a que ustedes hayan devuelto a las oficinas de farmacia el monopolio de la venta de pañales, productos para la incontinencia, que representan un gasto de 27.000 millones de pesetas al año? ¿Cuándo, señor director general, van a tomar ustedes una medida que su grupo parlamentario apoyó —y ahí están los diarios de sesiones— en la tramitación de la Ley del Medicamento, así como otros grupos parlamentarios de esta Cámara, al aprobar una enmienda de Izquierda Unida que no prosperó pero que en este momento ya he escuchado que las organizaciones de consumidores apoyan porque es elemental: la adecuación de las unidades de cada envase a las necesidades de los tratamientos para cuyas indicaciones fueron autorizados? Yo no digo que ésta vaya a ser la solución, lo que digo es que es un atentado al sentido común más elemental que los envases no tengan nada que ver, bien por disminución, bien por sobrepasarlo, con las necesidades de los tratamientos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego vaya concluyendo.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino con dos preguntas muy concretas, a una de ellas ha hecho usted referencia.

Hace poco compareció ante esta Comisión el señor subsecretario en dos ocasiones prácticamente consecutivas en relación con los radiofármacos. En una de ellas hubo un

cruce agrio de acusaciones entre la diputada que le habla y el señor subsecretario acerca de las condiciones en las que se estaban produciendo los ensayos clínicos con radiofármacos. Me complace haber sabido que, a pesar de que aparentemente todo estaba bien y no pasaba nada, haya habido una reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para analizar las condiciones en las que están las unidades de radiofarmacia en los hospitales de la sanidad pública.

No obstante, también con posterioridad ha llegado a mis oídos una información que yo quiero señalar en esta Comisión, acerca de la cual solicito su opinión en el caso de que la conozca.

He sabido que en la Comunidad Autónoma de Andalucía la gestión de las unidades de radiofarmacia ha salido a concurso público y ha sido atribuida a un laboratorio especializado en la comercialización de radiofármacos. Aparte de lo que esto supone, es difícil entender qué es lo que está pasando. Cómo se puede, con perdón, poner el zorro a guardar el corral, máxime además —es una coincidencia desgraciada— cuando en Andalucía el concurso, al parecer, ha sido ganado, ha sido obtenida esta competencia en la gestión por los laboratorios Amersham, laboratorios británicos que han comercializado en nuestro país el Amersham Pulmonate, contaminado con albúmina procedente de un paciente que desarrolló el mal de las vacas locas.

Yo quiero saber si su Dirección General entiende que esto tiene algo que ver con la legalidad estricta o por lo menos con el espíritu de control de los medicamentos que se atribuyen a las unidades de radiofarmacia y en todo caso a los servicios de farmacia hospitalaria.

Finalmente, quería manifestarle que he recibido un contestación a una pregunta por escrito, pero ya hace tiempo, y a pesar de que hay una comparecencia pedida para eso, yo le pido información acerca de cómo están las gestiones para llevar a cabo la recomendación que, a través de una proposición no de ley aprobada por unanimidad en esta Comisión se pedía; es decir, se solicitaba del Ministerio de Sanidad que removiera los obstáculos presentes en nuestro país para la comercialización de la RU-486. Insisto, he recibido una contestación que agradezco, pero es una contestación ya antigua y no hay noticias de cómo está en estos momentos la situación.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Plaza para contestar.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Plaza Piñol): Voy a intentar contestar siguiendo el orden de todas las preguntas que me han formulado, que son muy numerosas y demuestran el interés y la inquietud de SS. SS. por una materia como es el área de farmacia y productos sanitarios.

En primer lugar, en relación con las funciones que permanecen en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, creo que son de la suficiente entidad, como he explicado además con bastante detalle al final de mi intervención, como para que juegue un papel en materia de política farmacéutica este centro directivo. Insisto en que la

Agencia Española del medicamento tendrá un papel, como otras agencias europeas, en materia básicamente de control de calidad y en materia de evaluación, de seguridad y eficacia de medicamentos, correspondiendo el resto de las competencias en materia de política farmacéutica a la Dirección General de Farmacia.

En cuanto a que la Agencia una materias de actividad inspectora con materias de evaluación o con materias de carácter consultivo, hay que tener en cuenta que la Agencia Española del Medicamento puede efectuar la evaluación de la calidad —aquí vemos dónde podrían estar algunos clientes de la agencia— a solicitud de particulares por denuncias de comunidades autónomas, o sea, por denuncias de ciudadanos, como medidas de control de mercado; en definitiva, la agencia es un organismo que está al servicio de la sociedad para atender todas las actividades en materia de control de medicamentos y no únicamente las inherentes o las correspondientes al registro de especialidades farmacéuticas.

En segundo lugar, y en relación con el proyecto de real decreto por el que se aumenta la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y concretamente respecto al informe del Consejo Económico y Social, la información de la que yo dispongo es que ha sido apoyado por bastantes más representantes que exclusivamente los correspondientes a los sectores empresariales. Ésa es la información, repito, de la que yo dispongo: que ha sido apoyado, no por todas, pero mayoritariamente por organizaciones de consumidores y usuarios y por otros miembros del Consejo Económico y Social, insisto en que no por todas, pero sí por bastantes o por la mayoría.

En relación con el texto del real decreto, y tal y como se ha indicado reiteradamente desde el principio tanto en esta Cámara como a los medios de comunicación, es un proyecto inicial cuya tramitación se comenzó el pasado mes de febrero y que está siguiendo los trámites previstos en la legislación vigente; en este momento está en trámite de información pública. Por consiguiente, se está difundiendo a las instancias que corresponde en el momento de esa información pública.

No obstante, no hay inconveniente por parte de la Dirección General de Farmacia en que ustedes tengan conocimiento del texto en el momento actual de su tramitación, y se lo haré llegar con muchísimo gusto, entendiendo que sigue siendo un proyecto y que está en esta fase de tramitación. Pensemos que el texto, en cuanto finalice el trámite de información pública, que ya les he indicado que se ha sometido a la consideración de 25 organismos entre representaciones sociales, profesionales, científicas o empresariales, se estudiarán en el Ministerio de Sanidad y Consumo las diferentes observaciones o sugerencias para perfeccionarlo y pasará a la siguiente fase de su tramitación, que es el informe tanto por la Comisión Permanente como por el Pleno de la Comisión Nacional para el uso racional del medicamento.

El real decreto de selección de medicamentos, tal y como sucedió con el Real Decreto 83/1993, y como sucede normalmente con estas medidas en todos los Estados

miembros de la Unión Europea, afecta exclusivamente a la dispensación de medicamentos a través de oficina de farmacia. Pensemos que los medicamentos que se retiran de financiación no se utilizan en ninguna medida en el ámbito hospitalario, su uso corresponde a un ámbito completamente distinto.

Referente a garantizar las competencias de las comunidades autónomas si no están presentes en la comisión de seguimiento, en primer lugar querría informar a SS. SS. que desde que se vienen firmando acuerdos con Farmaindustria, que se llevan ya bastantes firmados, esa comisión de seguimiento siempre ha estado formada por representantes de Farmaindustria y del Ministerio de Sanidad y Consumo; no han participado allí formalmente representantes de las comunidades autónomas, lo cual no significa, evidentemente, que toda la información que les afecte y que se produzca como consecuencia de acuerdos adoptados en dicha comisión sea transmitida por los cauces establecidos, de forma inmediata, a las correspondientes comunidades autónomas.

En cuanto a la afectación de la libertad de precios en medicamentos no financiados, aquí sí querría clarificar una serie de cuestiones. En primer lugar, que ya hay numerosos medicamentos no financiados, concretamente desde el año 1981, que tienen precio libre. La mayor parte de los medicamentos no financiados en España son especialidades farmacéuticas publicitarias, éstos tienen precio libre desde el año 1981 y nunca se ha producido ninguna iniciativa para retornar estas especialidades farmacéuticas al sistema de intervención de precios. En segundo lugar, me gustaría informar a SS. SS. que estas especialidades no financiadas por los sistemas de Seguridad Social están excluidas de intervención de precios en la práctica totalidad de los países de la Unión Europea.

El sistema que prevé la ley de acompañamiento a los presupuestos de este año, como también conocen SS. SS., prevé un plazo de tres años para que entre en vigor definitivamente la libertad de precios de medicamentos no financiados. Habrá, por consiguiente, tres estadíos, y el margen correspondiente a cada uno de ellos lo establecerá, según dispone la ley de acompañamiento, la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos.

En relación con la firma del acuerdo con Farmaindustria, por la información que yo tengo —no dispongo en este momento del listado de los laboratorios y la fecha concreta en que se han adherido— le puedo decir que alcanza en torno al 93 por ciento del mercado de especialidades farmacéuticas; los laboratorios adheridos, repito, representan el 93 por ciento del mercado de Seguridad Social de especialidades farmacéuticas.

Respecto a las comentadas recetas blancas, evidentemente no se va a obligar a los médicos a recetar. He entendido que usted me preguntaba si se había de obligar a los médicos a recetar medicamentos financiados públicamente. La pauta de relación con los médicos yo creo que va a ser exactamente la misma que la que se produjo en 1993, no creo que haya grandes diferencias. Ellos van a conocer que tienen a su disposición, para un uso que entendemos que será eventual, las recetas blancas, como

sucedió entonces, pero estamos convencidos de que estas recetas únicamente se van a utilizar para ocasiones o circunstancias marginales y en ningún caso de forma sistemática.

En cuanto a las quejas que plantea S. S. de enfermos crónicos a los que se les limitan las cantidades para su tratamiento —por ejemplo, me ha citado el caso de los diabéticos—, yo, evidentemente, desconozco dichas quejas y sí me gustaría, si usted las conoce, que me las hiciera llegar. No se ha modificado en absoluto la pauta de la administración sanitaria en relación con los tratamientos para enfermedades crónicas, o sea, en relación con el número de envases establecido en recetas de larga duración o en relación con la posibilidad de prescribir más de un envase por receta de determinados medicamentos indicados en enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes.

Referente a los datos de código barra de la etiqueta del TAIR, aunque esta cuestión es una competencia de una entidad gestora, concretamente del Insalud, le puedo decir, por los datos que yo tengo, que este código de barra incorpora la información correspondiente a la identificación del paciente y a la identificación del médico, que antes se cumplimentaba de forma manual en las recetas. En este momento lo que se pretende es que se cumplimente de forma mecanizada para luego explotar correctamente esa información de cara a mejorar la calidad en la prestación farmacéutica. Los datos son los mismos que había antes. Antes estaban cumplimentados a mano y en este momento están cumplimentados de forma mecanizada, con lo cual la inquietud en relación con la confidencialidad de esta información no entiendo por qué se produce precisamente en este momento.

En relación con la regulación de medicamentos genéricos en España, S. S. ha comentado que es una regulación de carácter restrictivo. La opinión del director general de Farmacia en este tema es que esto no es así. ¿Por qué indico que esto no es así? La circular 3/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, por la que se clarifica la nueva regulación de genéricos, que, como SS. SS. conocen, se incorporó en la Ley del Medicamento en 1997, establece los requisitos para que los medicamentos genéricos estén en el mercado. Concretamente, de crucial importancia es que o bien el medicamento de referencia lleve comercializado diez años en España, o que se dé la situación de que haya vencido la patente del producto en algún país europeo que tenga reconocida dicha patente. En definitiva, ¿qué significa esto? Que en España podrán existir como medicamentos genéricos la suma de los genéricos de todos los países europeos que tienen vigente la patente del producto; o sea, en España como mínimo existirán la suma de todos los genéricos que hay en los países que más tienen, y además podremos también en la cesta, por si quedara alguno fuera, aquellos que correspondan con productos originales que lleven por lo menos diez años comercializados.

Respecto a la sustitución terapéutica de los farmacéuticos, han podido comprobar SS. SS. cómo en la modificación que se hizo en esta última ley de acompañamiento del artículo 94.6 de la Ley del Medicamento se establee que

esa sustitución por el farmacéutico, cuando la receta lleve cumplimentado un medicamento por encima del precio de referencia, se tiene que hacer con carácter obligatorio. Se emplea literalmente la palabra «deberá», con lo cual, en el esquema de precios de referencia siempre está obligado el farmacéutico a sustituir, a no ser que el paciente solicite al farmacéutico que no se produzca dicha modificación, en cuyo caso ya asume él la obligación de pagar la diferencia entre el precio de referencia y el precio del medicamento dispensado.

En cuanto a los estímulos para los farmacéuticos, lo que está claro, y eso se ha visto por la experiencia en otros países europeos, que precisamente los márgenes escalonados no han funcionado como estímulo a los farmacéuticos. Yo, por la información que tengo, los estímulos que se han producido en algunos países europeos han sido de otra naturaleza. Han sido, en el caso de Bélgica, retribuir la misma cantidad absoluta al medicamento genérico que al de marca, y en el caso holandés, la retención por parte del farmacéutico de la tercera parte del ahorro producido por la dispensación del genérico.

En España, de entrada, simplemente por la medida en sí de la promoción de medicamentos genéricos y por la medida prevista de promover que los médicos prescriban directamente los medicamentos genéricos utilizando la denominación común internacional, el nombre del principio activo, acompañado de las siglas FG, para garantizar que se va a dispensar un medicamento que tenga bioequivalencia, entendemos que ya existe un incentivo muy relevante para las oficinas de farmacia. Y es que si los medicamentos llegan prescritos, como en el Reino Unido, donde el 60 por ciento de las recetas están cumplimentadas simplemente con la DCI, el farmacéutico podrá dispensar cualquiera de las especialidades farmacéuticas identificadas en el cartón como FG, lo cual ya simplifica extraordinariamente el control de la gestión de la oficina de farmacia y la gestión de las compras, una ventaja importante para la oficina de farmacia, que, evidentemente, tiene componentes económicos.

Referente a las medidas de control del fraude, como SS. SS. conocen, éstas corresponden básicamente a las entidades gestoras de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. También le informo que la implantación del sistema TAIR de información en las recetas en el área de gestión del Insalud obedece al intento de conseguir un mejor sistema de control del fraude, puesto que, como se sabe, los datos correspondientes a la identificación del médico en este momento se mecanizan, pero todavía no se mecanizan, porque son ilegibles, los datos de identificación del paciente.

Finalmente, en cuanto a mi opinión respecto al copago y a la aportación de usuarios, yo entiendo que el esquema actual de participación de usuarios en la prestación farmacéutica es el correcto.

En relación con las preguntas planteadas por la señora Maestro, voy a intentar también contestarle con el máximo detalle. En primer lugar, ha planteado su preocupación en relación con los programas Prosereme, que son programas de mercado y revisión sistemática y continua de la calidad,

la seguridad y la eficacia de los medicamentos, preocupación que comparto, y si no he profundizado lo suficiente en mi intervención ha sido porque es muy difícil, como he indicado al principio, atender en una exposición con tiempo limitado a todas las materias que son fundamentales en el área del medicamento. Dado que es numerosa la normativa aprobada en la Unión Europea y que está aplicándose en nuestro país para cada tipo de ensayo y grupo de medicamentos, no puedo hacer una exposición pormenorizada de la misma, porque esto es lo que afecta a la hora de revisiones de mercado, pero sí quiero facilitarle algunas cifras en relación con las medidas concretas que se han puesto en marcha en España en los últimos tiempos, precisamente para garantizar ya a nivel de mercado la seguridad y la eficacia de los medicamentos. Por una parte están las convalidaciones quinquenales de forma individualizada de los productos autorizados. Coincidiendo con la revalidación quinquenal o bien por cuestiones de farmacovigilancia o a petición de los laboratorios, se adecuan las composiciones y se modifican las indicaciones de las especialidades farmacéuticas, racionalizándose de esta forma el vademécum español, lo cual no significa, evidentemente, que todo el trabajo esté hecho, ya que nos queda mucho trabajo por hacer.

En este trámite de evaluación quinquenal, los laboratorios, siempre y cuando la Administración acredite que no se produce ninguna laguna terapéutica, optan por anular especialidades farmacéuticas antiguas que no están avaladas por bibliografía farmacológica actual o por ensayos clínicos realizados por el laboratorio, o bien se plantea modificación de indicaciones.

También se hacen periódicamente revisiones de grupos homogéneos de productos autorizados. La última revisión recayó en el grupo de vacunas anticatarrales, que se evaluaron en el marco de revisión de vacunas establecido por la Directiva 89/342 y el Decreto de trasposición 288/1991. Como puede comprobar S. S., la Unión Europea entra cada vez más —y me imagino que en el futuro va a entrar de forma rotunda— en las cuestiones relativas a la revisión del mercado único de medicamentos dentro de la Unión. Concretamente, esta revisión de vacunas tenía por objeto analizar la adecuación de las autorizadas antes del año 1992 a la luz de los requisitos científicos actuales. En el año 1994 se inició un procedimiento de revocación de autorizaciones, fundamentalmente por datos de eficacia, que finalizó en 1997 con la revocación de un número determinado de expedientes de especialidades. Le pongo esto como ejemplo, pero podría continuar con las retiradas individualizadas por motivos de farmacovigilancia. En definitiva, lo que querría transmitir a SS. SS. es que lo que se plantea en este momento en la Administración española, en concordancia con las normativas y con las directrices comunitarias, es una revisión del mercado de forma sistemática, de forma permanente, que no tiene por qué obedecer a actuaciones puntuales planteadas en forma de revisiones de mercado periódicas, como era el caso de los programas Prosereme, pero evidentemente la finalidad es exactamente la misma.

Respecto a las causas del incremento del gasto, es muy complejo decir cuáles son esas causas. Cuando las he ci-

tado me refería a un estudio del estado de salud de la población, que recientemente ha publicado la Unión Europea y que además le puedo facilitar gustosamente, donde se refería más específicamente a estas dos causas como causas de incremento, no únicamente del gasto farmacéutico, sino del conjunto de los gastos sanitarios.

En cuanto a la formación continuada, tiene usted razón en que existe poca dotación presupuestaria para esas actividades concretas. También le indico que la iniciativa que se ha planteado desde el Consejo Interterritorial al aprobarse el convenio de conferencia sectorial en materia de formación continuada de profesionales es un paso importante, sólido y firme para, contando directamente con todos los profesionales sanitarios —médicos, farmacéuticos y profesionales de enfermería—, comenzar a trabajar juntos en programas específicos de formación continuada y en sistemas que sean idóneos para su acreditación.

En relación con la inquietud —que también ha manifestado S. S.— respecto a los ensayos clínicos no autorizados, le indico con la máxima contundencia que si tanto la Administración General del Estado como cualquier administración autonómica, que como conoce son las competentes en materia de inspección y de control de ensayos clínicos, tienen conocimiento formal de algún ensayo clínico no autorizado, se inicia inmediatamente un expediente informativo. Concretamente, usted ha comentado en esta Cámara su inquietud en el tema de radiofármacos, y en esta materia el Ministerio de Sanidad y Consumo, precisamente como consecuencia de la información que usted nos transmitió, está haciendo las investigaciones pertinentes. Además de eso —y usted está bien informada y así lo ha demostrado—, se reunió la semana pasada la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para abordar, con el conjunto de las 17 comunidades autónomas, cuál es la regulación específica desde el punto de vista de la organización, de la dispensación de radiofármacos en el ámbito hospitalario; reunión que no ha sido aislada, que va a continuar en el tiempo y lo que se pretende es llegar a un criterio de consenso para ver cuál es la correcta aplicación, tanto de la directiva como del decreto sobre radiofármacos, en todo el Sistema Nacional de Salud para garantizar que el conducto por el que se utilizan los radiofármacos sea el más idóneo y, en definitiva, normalizar, respetando la singularidad de cada territorio, la regulación específica que haga cada comunidad autónoma.

Respecto al incremento del gasto farmacéutico, desde que se anunciara la medida de selección del nuevo aumento de los medicamentos no financiados por la Seguridad Social, los datos correspondientes a enero y febrero los tengo encima de la mesa, pero son datos que iban en consonancia con los del año pasado. Incluso el dato de febrero fue atípicamente optimista, puesto que tuvo un crecimiento negativo el gasto farmacéutico. En marzo, por la información de que dispongo, el gasto se ha incrementado muchísimo más, pero aquí hay que tener en cuenta diferentes factores. A modo de resumen le explicaría, en primer lugar, que, como SS. SS. recuerdan, en marzo del año pasado entró en vigor la reducción de márgenes de oficinas de farmacia y de almacenes de distribución farmacéutica,

con lo cual ya no comparamos un mes con la bajada de márgenes respecto a un mes sin esa bajada, y los cuatro puntos de incremento de márgenes o de bajada de márgenes de farmacia y de distribución ya no se repercute en los datos correspondientes a dicho mes. Hay que tener en cuenta que, tal y como establecía el real decreto de márgenes, el 1 de marzo de 1997 entró en vigor la aplicación de dicha medida, con lo cual el mes de febrero de 1997 se cerró en el último momento la facturación de recetas por parte de las oficinas de farmacia para poder facturarlas, como legítimamente les correspondía, con el margen antiguo, lo cual hizo que el mes de marzo de este año, y teniendo en cuenta que hacemos una comparación de un mes respecto al mismo mes del año pasado, sea especialmente largo.

Referente a los principios activos que se fabrican como genéricos y la elección de los mismos por parte de las compañías farmacéuticas, la Administración no ha ocultado a esas compañías farmacéuticas sus preferencias en materia de qué sustancias medicinales son las prioritarias en política de genéricos. Las sustancias medicinales prioritarias para la Administración son aquellas que corresponden a principios activos que tengan una cuota muy relevante en el mercado y, por otra parte, a principios activos que todavía estén en una fase importante en cuanto a perspectivas de ventas de cara al futuro. Nos interesan productos que tengan mucha repercusión en la factura farmacéutica. Concretamente, los productos prioritarios, como digo, son aquellos muy consolidados en el mercado, aunque sean productos antiguos, precisamente por la excelencia de los mismos, y aquellos productos que estén en el límite de esos diez años, que comentábamos antes, o que recientemente haya vencido la patente de producto en un país europeo, que corresponden a productos relativamente nuevos que tienen mucho peso específico en el mercado farmacéutico.

También le informo sobre las compañías. En este momento hay dos clases de compañías que comercializan genéricos; en primer lugar, las dedicadas básicamente a la fabricación y comercialización de genéricos, a las que interesa una política de genéricos agresiva, y están entrando precisamente con estos productos que son los más rentables para ellas, puesto que son los que tienen más posibilidad de cuota de mercado relevante. Y luego —tampoco lo vamos a ocultar porque pasa en todos los países—, hay compañías multinacionales a las que les interesa el genérico como producto alternativo a su producto original; son genéricos defensivos, es decir, para defenderse de la ofensiva de las compañías que están muy interesadas en dichos genéricos. O sea, hay dos ámbitos desde el punto de vista de las intenciones de las compañías farmacéuticas que ponen genéricos en el mercado, lo que conoce bien la Administración.

En cuanto a las posibles modificaciones de la lista negativa, S. S. me preguntaba cuáles son las que está previsto introducir. El Ministerio de Sanidad y Consumo va a estudiar, insisto, las modificaciones propuestas en el trámite de información pública y, en función de la naturaleza de las que se propongan por los diferentes organismos, todavía

son posibles cambios en la lista negativa, lo mismo que de todas aquellas propuestas que surjan en el debate de la Comisión Nacional para el uso racional del medicamento. Lo que no le puedo avanzar todavía porque no lo conocemos, ya que no se ha cerrado el trámite de información pública, son las modificaciones que nos han propuesto los diferentes organismos consultados.

Referente a su inquietud, que ya ha manifestado otras veces en esta Cámara, por algunos grupos de medicamentos, entre los que cita los vasodilatadores periféricos, como S. S. conoce son medicamentos financiados en algunos países de Europa, por ejemplo en Francia, en Bélgica y en Portugal, cuyo consumo en este momento corresponde en un 95 por ciento a pensionistas. Estos medicamentos, igual que el resto de los que hay en nuestro mercado, están continuamente en fase de estudio, a la luz de los conocimientos que haya en cada momento, y no se ha considerado oportuno incorporarlos en la lista negativa en esta fase, lo cual no significa que no se puedan incorporar en un futuro.

Respecto a la devolución del monopolio a las farmacias por la venta de absorbentes de incontinencia urinaria, también querría hacer alguna aclaración. Los sistemas de dispensación o entrega al público de absorbentes de incontinencia urinaria están recogidos en el decreto del año 1996 sobre efectos y accesorios. Ahí se establece una doble vía, bien la de la entrega por las oficinas de farmacia o bien la vía directa, por los centros públicos, por los centros de salud o estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. La elección de la vía corresponde, en cada caso, a la entidad gestora de la asistencia sanitaria, o sea, al Insalud en el ámbito de su territorio y a cada comunidad autónoma en el suyo, con lo cual tienen libertad las diferentes entidades gestoras para utilizar el sistema que consideren más oportuno teniendo en cuenta diferentes elementos, desde luego el elemento coste es fundamental, pero también hay otros, como la atención al ciudadano y la calidad en el servicio prestado.

En cuanto a la adecuación de las unidades de los envases a los diferentes tratamientos, también comparto su inquietud en esta materia. De todos modos, creo que en este tema se ha avanzado considerablemente, sobre todo desde el momento de nuestra entrada en el mercado único del medicamento puesto que, respecto a los tamaños de los envases en los medicamentos que se autorizan por procedimientos europeos, por centralizado o por reconocimiento mutuo, el formato y la presentación de cada envase están ya perfectamente establecidos. De todos modos, España tiene un vademécum en cuanto al tamaño de los envases que no difiere demasiado del correspondiente, por ejemplo, a Francia o al Reino Unido, lo cual no significa que sea perfecto y que a lo mejor en algún caso concreto y puntual exista alguna inadecuación que sea oportuno revisar. También informo a la señora Maestro que en esta materia estamos trabajando en este momento en la Dirección General de Farmacia para comprobar qué áreas concretas de la terapéutica podrían tener alguna posible inadecuación y estamos contando además con la colaboración muy activa y participativa de diversas sociedades científicas, tanto de atención primaria como del área del medicamento.

Respecto a la última pregunta que se me formulaba en relación con la comercialización en España del medicamento RU-486, debo decir que no tengo documentación al respecto y que la información de la que yo dispongo en este momento es que la Administración, cumpliendo evidentemente el acuerdo parlamentario, se puso en contacto con el laboratorio para instarle a que presentara la correspondiente solicitud. Se han mantenido diversas reuniones con el laboratorio por los especialistas, por los técnicos de la asociación general de evaluación de medicamentos a fin de que presenten la solicitud en condiciones, y la información que tengo es que el laboratorio que va a comercializar el producto es un laboratorio que precisamente se dedica solamente a este producto. Así pues, nosotros nos hemos puesto en contacto con él para que presente la documentación en la forma adecuada y no tengo noticias de si ya ha presentado la solicitud o todavía no. De todos modos, en cuanto tenga esa información, estaré encantado de transmitírsela para su conocimiento.

Quisiera añadir algo en relación con lo que ha planteado el señor Castillo, de la Agencia española del Medicamento. Él ha manifestado su inquietud, inquietud que nosotros también tenemos, por la incorporación en un futuro de los medicamentos veterinarios dentro del ámbito de acción de la agencia española, a imagen y semejanza de lo que pasa en este momento con la agencia europea. Ya saben ustedes que en la agencia europea, en la MA, hay dos áreas claramente definidas, el área de medicamentos de uso humano y el área de medicamentos veterinarios. De momento, en la agencia española únicamente se ha previsto la incorporación de todo lo correspondiente a la elaboración y control de medicamentos de uso humano, pero no los de uso veterinario. Se ha considerado prudente en esta primera etapa la creación de la agencia ser conservador y únicamente entrar con la parte correspondiente a medicamentos de uso humano, si bien no se descarta para el futuro, y en colaboración con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, propiciar también la entrada en el ámbito de la agencia de los medicamentos de uso veterinario.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general de Farmacia, por su amplia contestación a todas las preguntas.

Señora Maestro y señora Novoa, esta Presidencia estima que el señor director general ha contestado puntual y exhaustivamente a todas las preguntas formuladas por los distintos miembros de la Comisión. No obstante, apelando a la sensibilidad, porque la responsabilidad estoy plenamente convencido de que la tienen, de que nos quedan todavía dos comparencias más una reunión de Mesa y portavoces y es la hora que es, excepcionalmente concedo un minuto por alguna aclaración puntual a las dos portavoces.

Señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: El director general no ha respondido puntualmente a todas y cada una de las cuestiones planteadas. Por ejemplo, no me ha dicho cuál es el circuito completo de una receta desde el momento en

que es emitida por el médico y mi grupo parlamentario tiene interés en que el señor director general aporte esta información.

Asimismo, tampoco ha respondido a la pregunta formulada en relación con los medicamentos genéricos, y en concreto con el volumen de prescripción, es decir las repercusiones que el medicamento genérico esté teniendo en estos momentos sobre el control del gasto farmacéutico.

También quiero decirle que ese esfuerzo por hacer una similitud del medicamento que ustedes pretenden aprobar, con situaciones anteriores tampoco es cierto, porque en ningún acuerdo con Farmaindustria había el compromiso de la Administración para hacer una generalización de la receta blanca, es decir que los profesionales sanitarios prescriptores estén obligados a recetar medicamentos no financiados; ustedes asumen un compromiso con la industria farmacéutica para hacer esa generalización a través del año 1998, y caso contrario, la industria farmacéutica se replanteará la aportación económica. En esos términos se expresa el acuerdo suscrito con Farmaindustria. Yo le pregunto si ustedes van a obligar a los médicos a cumplir ese compromiso de generalización, si ustedes van a obligar a los médicos a que prescriban medicamentos no financiados.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, tiene usted la palabra, por un minuto.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Voy a rogar encarecidamente al señor director general que algunas de las informaciones que solicito las remita por escrito. Ya sé que no es usted el responsable exclusivo, pero la política de publicaciones del Ministerio de Sanidad ha caído en picado desde hace muchos años y se carece de la información puntual que sería deseable por parte de los grupos parlamentarios que estamos interesados en el tema. Por tanto le solicitaría que, si pudiera ser, con una periodicidad semestral o anual, se nos remitiera información acerca de las actuaciones de la dirección general en relación con altas en el registro y anulaciones de la autorización de registro. Por ejemplo, querría saber cuántas especialidades se han retirado del registro anualmente y en el último quinquenio, y en función de qué criterios. Entiendo que ésa podría ser una información de interés general para todos los grupos parlamentarios. También le solicito que, por favor, remita la información que obre en su poder en relación con la evolución del coste por receta en los últimos años y la evolución del gasto farmacéutico en el último período.

En relación con los vasodilatadores, periféricos o cerebrales, quiero señalar —para que conste en el «Diario de Sesiones» y para su aclaración— que la propuesta de mi grupo no es retirar la financiación a un medicamento altamente consumido y promocionado por los pensionistas ¡faltaría más!, sino que se retirara del registro. Como usted sabe muy bien, hay medicamentos que el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos los establece como prototipo de la medicación irracional o ineficaz, y mi grupo plantea que realmente puedan entrar en el proceso de revisión y, en el caso de que —como yo presupongo— haya razones técnicas suficientes para ello, retirarlos del registro.

Finalmente, me he referido a la privatización de las unidades de radiofarmacia (que desde luego será objeto de una iniciativa parlamentaria por mi parte, aunque esa medida ha sido adoptada por una comunidad autónoma con competencias sanitarias), entregándolas a laboratorios que se especializan en la fabricación de radiofármacos, como es el caso de los laboratorios Amersham, en la Comunidad Autónoma de Andalucía. No soy experta en leyes, pero entiendo que el hecho de que se atribuya ese control a un laboratorio privado y precisamente especializado en la fabricación de lo mismo que pretende controlar, contradice cualquier objetivo de control por parte de la autoridad sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Pido al señor director general que dé contestación a las preguntas con la misma concisión.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Plaza Piñol): Con mucha concisión contesto a las preguntas formuladas por SS. SS.

En relación con el circuito que siguen las recetas médicas, no tengo inconveniente en explicarle cuál es y no por mis conocimientos como director general de Farmacia, puesto que no es un tema que compete a la Dirección General de Farmacia; no obstante, por mis conocimientos como inspector farmacéutico del Insalud, no tengo inconveniente en decirle cuál es el circuito. El circuito de las recetas médicas —como conocen— se inicia cuando se entregan al facultativo prescriptor, el paciente las entrega en la oficina de farmacia, la farmacia las custodia y las entrega a los colegios de farmacéuticos, que mecanizan la información correspondiente de acuerdo con el convenio que firman periódicamente las oficinas de farmacia, no con la Dirección General de Farmacia, sino con el Insalud y con cada una de las comunidades autónomas o servicios de salud que tienen transferida la gestión del Instituto Nacional de la Salud. Una vez mecanizadas dichas recetas, se entregan por parte de los colegios de farmacéuticos las cintas de facturación con la información de las recetas a las correspondientes comunidades autónomas, juntamente con las recetas. Las comunidades autónomas las custodian, las almacenan, efectúan las revisiones que estimen oportunas, y finalmente las destruyen.

Respecto al volumen de medicamentos genéricos, lamentablemente no puedo facilitarle información. Probablemente el volumen de mercado todavía sea muy incipiente, y le comento por qué. El motivo está en que, como SS. SS. conocen, la regulación en materia de medicamentos genéricos es muy joven, las EFG existen formalmente en la ley desde el mes de enero de 1997; llevamos poco más de un año, un año y cuatro meses de regulación de especialidades farmacéuticas genéricas. A partir de entonces, y de acuerdo con la normativa, es cuando se han podido producir solicitudes por parte de compañías farmacéuticas de especialidades farmacéuticas genéricas. Pensemos que la normativa arrancó formalmente no cuando se publicó la modificación en el BOE, sino cuando se publicó la circular de la Direc-

ción General de Farmacia, que aclaraba los términos concretos en que tendrían que presentarse las solicitudes de registro de especialidades farmacéuticas genéricas. En la práctica, las compañías comenzaron a presentar solicitudes amparadas por la nueva normativa a mitad de 1997, con lo cual, desde el punto de vista práctico, desde la presentación de las primeras solicitudes amparadas por la circular 3/1997, llevamos menos de un año. Como S. S. conoce, el plazo de autorización de especialidades farmacéuticas es de 210 días, y aunque estas especialidades están sometidas a un procedimiento abreviado, se van autorizando en la medida de las posibilidades que tiene la Dirección General de Farmacia que, como le he dicho antes, han conducido a que en este momento 99 especialidades farmacéuticas genéricas tengan ya la correspondiente autorización sanitaria.

Por parte de la Dirección General se está comprobando la presencia en el mercado de las especialidades farmacéuticas genéricas, porque la regulación en materia de registro que establece el Real Decreto 767/1993, da posibilidad a los laboratorios farmacéuticos de que tarden hasta un año en comercializar una especialidad farmacéutica autorizada. Como ese año no nos lo podemos permitir, aunque esté reconocido en el decreto de registro de 1993, en el caso de especialidades farmacéuticas genéricas, que ahí creo coincidimos todos en que es una línea de acción prioritaria, se está estimulando a las correspondientes compañías farmacéuticas para que pongan inmediatamente en el mercado los medicamentos genéricos.

Respecto a la pregunta concreta que S. S. me plantea de si vamos a obligar a los médicos a que prescriban medicamentos no financiados, evidentemente no. La Administración siempre va a respetar al máximo la libertad de prescripción de los médicos en relación con sus pacientes. El principio que inspira la receta blanca es el mismo que la inspiró en 1993: simplemente respetar la libertad de prescripción.

Contesto a la señora Maestro. En relación con la información que demanda, encantados podemos remitir periódicamente información por escrito a esta Comisión de esta materia y de la que consideren oportuno, y así lo intentaremos hacer. Respecto a la pregunta que no le había contestado en la primera intervención, relativa a la posible privatización en la dispensación de radiofármacos en la Comunidad de Andalucía, no conozco con suficiente detalle este hecho como para poder pronunciarme; cuando tenga conocimiento del mismo se lo comunicaremos oportunamente. Precisamente una de las finalidades que tiene la convocatoria que se ha hecho por parte de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial es intercambiar experiencias en información como cometido propio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas en este tema tan delicado y tan complejo. Se pretende un modelo de gestión en la dispensación de radiofármacos que cumpla estrictamente con la legislación vigente, pero que responda también al criterio singular que tienen los radiofármacos, que no se emplean sistemáticamente en todos los hospitales. A lo mejor no está justifi-

cado que en todos los hospitales de la red pública existan unidades de radiofarmacia, con lo cual habría que buscar conductos, pasando por la supervisión del farmacéutico, que garanticen el cumplimiento de la legalidad para una correcta dispensación de radiofármacos. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, deseo intervenir para una cuestión de orden antes de que se pase al siguiente punto del orden del día y cuando hayamos despedido al señor compareciente.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.

Agradecemos al director general de Farmacia su comparecencia en esta Comisión y la información tan amplia que nos ha presentado. **(Pausa.)**

Cuando quiera, señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, como recordará, en la reunión de la Mesa y portavoces que celebramos el pasado día 22 de abril para fijar el orden del día de esta Comisión, el Grupo Socialista solicitó que se fijara el orden del día con una comparecencia pendiente que tenemos solicitada del señor ministro. El portavoz del Grupo Parlamentario Popular nos explicó que era imposible porque el señor ministro nuevamente el día de la Comisión de Sanidad estaba de viaje, ausente, lo mismo que se nos dijo en la Comisión anterior. Pues bien, acabamos de tener conocimiento a través de la oficina del portavoz del Gobierno de que en estos momentos y mientras se celebra la Comisión de Sanidad, a la que no ha podido comparecer el ministro por estar de viaje y envía a un sustituto, el señor ministro está en Madrid celebrando un acto público, del que la oficina del portavoz del Gobierno da cumplida información y de la que hace la correspondiente propaganda. Ante estos hechos, señor presidente, el Grupo Socialista exige explicaciones inmediatas del Grupo Parlamentario Popular. Desea que conste en acta, en el «Diario de Sesiones», su más enérgica protesta ante lo que considera una actuación injustificable que impide el correcto funcionamiento de este Parlamento, que atenta contra los derechos de los grupos parlamentarios para poder ejercer sus funciones, y que supone un flagrante incumplimiento de las obligaciones del Gobierno en relación a la Cámara. No es la primera vez que ocurre, insisto. La última Comisión de Sanidad del mes pasado tampoco pudo contar con la presencia del ministro porque estaba de viaje. Ello explica que existan en el orden del día comparecencias pendientes del señor ministro solicitadas por grupos de esta Cámara desde el mes de mayo de 1997. El Grupo Socialista anuncia, como es obvio, la correspondiente denuncia de esta situación, la petición de amparo al presidente de la Cámara y la expresión más contundente de lo intolerable que resulta la falta de respeto que esta actuación supone.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Lógicamente tengo que contestar a la diputada portavoz del Grupo Socialista porque nosotros teníamos conocimiento, y tenemos conocimiento hoy, de que desde el Ministerio de Sanidad, desde la Dirección del gabinete del ministro, se había comunicado a los servicios de la Cámara la ausencia del ministro en el día de hoy; eso es lo que consta en los servicios de la Cámara. Yo no tengo conocimiento de un acto público a lo largo de la mañana, y por tanto la primera noticia es la referencia de la diputada del Grupo Socialista. La realidad, y lo servicios de la Cámara lo podrán atestiguar, es que desde la Dirección del gabinete del ministro se había comunicado la ausencia del ministro en territorio nacional por un viaje que tenía que hacer, me parece que por Consejo de Ministros de la Unión Europea, y por tanto no iba a estar hoy en Madrid. Del hecho de que ahora nos transmitan aquí un comunicado del Gobierno, es la primera noticia que tengo y lo que no sé es cuándo se celebrará este acto. **(La señora Amador Millán: Se está celebrando.)** Se está celebrando, pero lo que habría que tener presente es si el ministro ha estado en este acto. **(La señora Amador Millán: Eso es lo que dice el portavoz del Gobierno.)** Nosotros solamente nos remitimos a lo comunicado por el Ministerio a este portavoz y lo comunicado por el Ministerio a los servicios de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, no vamos a abrir un debate prolongado sobre este tema. La constancia que teníamos era la imposibilidad de estar aquí por estar fuera. Que haya cambiado la agenda, no permitía cambiar ayer ni hoy el orden del día que habíamos establecido hace más de una semana. Eso es lo único que le puede decir esta Presidencia.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, voy a entregar a la Mesa el comunicado oficial de *El Gobierno informa* para que se incorpore a las actas de esta Comisión.

Mi intervención no hubiera sido en los términos que ha sido, señor presidente, si no fuera porque por parte del Gobierno, y del Ministerio de Sanidad y Consumo en concreto, se informa de la presencia del ministro de Sanidad y Consumo, José Manuel Romay Beccaría, el presidente de la Comunidad Autónoma y el alcalde de Madrid, Alberto Ruiz-Gallardón y José María Álvarez del Manzano, y otras autoridades simultáneamente hoy, señor presidente, y a la misma hora en que está reunida esta Comisión.

Como S. S. comprenderá, un cambio de agenda que comporte el cambio en la agenda del presidente de la Comunidad de Madrid más la del alcalde, no es verosímil, señor presidente. De ahí mi petición de exigencia de explicaciones al Grupo Parlamentario Popular que dio esa causa y que tendrá que requerir de quien corresponde las explicaciones necesarias para justificar el papel que está haciendo en este Parlamento en estas cuestiones, y, desde luego, la petición de amparo que con carácter inmediato mi grupo va a cursar al presidente de la Cámara.

Reitero, señor presidente, el ruego de que conste en el «Diario de Sesiones» la información oficial que ha sido distribuida.

El señor **PRESIDENTE**: Así se hará, señora Amador. Señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: También quiero reiterar que conste en el acta de sesiones de esta Comisión que había una comunicación en el Congreso de los Diputados, una comunicación por parte del Ministerio de Sanidad, de la ausencia del ministro para el día de hoy en el territorio nacional. Por tanto, nosotros hacemos referencia a esa comunicación de ausencia y a que el ministro había comunicado a la Cámara que no iba a estar en el territorio nacional, luego no iba a estar en Madrid en el día de hoy. Eso es lo que nosotros tenemos que hacer constar en el acta de la sesión de la Comisión de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Así constará.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGÍA AGRARIA Y ALIMENTARIA PARA DAR CUENTA DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN SOBRE BIOSEGURIDAD EN LOS CENTROS DEPENDIENTES DE SU ORGANISMO, DE LOS CAUCES Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA ASEGURAR ÉSTA, ASÍ COMO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS EXISTENTES PARA GARANTIZAR LA NO EXPOSICIÓN DE CIUDADANOS RESIDENTES EN ZONAS LÍMITROFES DE ESTOS CENTROS A POSIBLES CONTAMINACIONES ACCIDENTALES ORIGINADAS EN LOS MISMOS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 212/001259).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, siguiendo el orden del día comparece ante la Comisión el subsecretario del Ministerio de Agricultura para dar cuenta del cumplimiento de la legislación sobre bioseguridad en los centros dependientes de su organismo, de los cauces y medidas adoptadas para asegurar ésta, así como de las medidas sanitarias existentes para garantizar la no exposición de ciudadanos residentes en zonas limítrofes de estos centros a posibles contaminaciones accidentales originadas en los mismos. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Como dije al inicio de la sesión de la Comisión y se ha aceptado por todos los grupos, el Presidente del Instituto Nacional de Tecnología Agraria y Alimentaria ha sido sustituido por el Subsecretario del Ministerio de Agricultura.

Cuando quiera tiene el señor subsecretario la palabra, pero antes quiero darle la bienvenida a esta Comisión porque no es habitual para un subsecretario del Ministerio de Agricultura comparecer en una Comisión como la de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN** (Lamela Fernández): Muchas gracias, señor Presidente.

Indudablemente es para mí un honor comparecer por primera vez ante esta Comisión para dar cuenta del cumplimiento por parte del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y en concreto de los organismos dependientes de este Ministerio, de las medidas sanitarias existentes para garantizar la no exposición de ciudadanos y de profesionales residentes en zonas limítrofes de estos centros a posibles contaminaciones accidentales originadas en los mismos.

Mi condición de subsecretario del departamento y mi condición de persona a la que se encuentra adscrito orgánicamente el Instituto Nacional de Investigación Agraria y Alimentaria, y por tanto los órganos que se encargan de la investigación en el seno del Ministerio de Agricultura, sin perjuicio de que entre de manera más detenida en los organismos dependientes del instituto, creo que me permite hacer una panorámica específica de la totalidad de los laboratorios que dependen de mi organismo, al efecto de trasladar a SS. SS. su situación actual y el grado de cumplimiento de esta normativa.

Sin perjuicio, por tanto, de que entre en el INIA con mayor profundidad, creo que deben de realizarse especiales referencias a las tres vertientes ocupadas por parte del Ministerio en materia de sanidad animal, en materia de sanidad vegetal y en materia de sanidad agroalimentaria.

Me van a permitir, señorías, que les manifieste que esta comparecencia entiendo es fundamental y que es importante en ella no solamente trasladar al Parlamento y a SS. SS. la situación de estos organismos y de estos institutos, sino también trasladar a la opinión pública la realidad de estos organismos y estos centros de investigación, centros que están servidos por excelentes y prestigiosos profesionales de acreditada reputación científica y técnica, que puedo asegurar ya de antemano en el inicio de mi comparecencia que cuentan con todos los mecanismos y sistemas de seguridad necesarios adaptados al tipo de trabajo que en ellos se realiza.

Específicamente, como he dicho antes, entrando en lo que es ya materia de mi comparecencia, creo que con carácter previo debemos aludir a las tareas de análisis y manipulación de agentes biológicos y, consecuentemente, en primer lugar, a los riesgos que estas tareas de manipulación pueden producir de manera potencial, tanto en el ámbito de la salud humana —y en este sentido me estoy refiriendo, lógicamente, a los ciudadanos en general y a los profesionales que prestan sus servicios en estos institutos, organismos y laboratorios—; en segundo lugar, los riesgos potenciales para la salud de los animales; y, en tercer lugar, los riesgos potenciales para el medio ambiente, señalando, con carácter previo, que en todos estos centros no se habla, en modo alguno, de enfermedades o virus transmisibles al ser humano, sino de virus transmisibles a los animales. El Ministerio de Agricultura es consciente no sólo de la existencia de estos riesgos potenciales, sino que, además, es consciente, igualmente, de la necesidad de adaptar todas las medidas preventivas necesarias para casos de alarma o para casos de emergencia, en garantía de la evitación de males o daños, como he dicho antes, a la vida humana, a la flora, a la fauna o al medio ambiente.

En cuanto a los riesgos biológicos de carácter laboral, que hay que entender, lógicamente, que es una parte fundamental de los riesgos que debemos estudiar y en los que debemos detenernos, quiero decir igualmente, con carácter previo, que los organismos dependientes del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación cumplen, como después veremos con cierto detalle y en el que posteriormente SS. SS. demanden, la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales, de 8 de noviembre de 1995, y mucho más concretamente la derivada del Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, dictado en desarrollo de la mencionada ley que, como bien saben, regula específicamente la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Por tanto creo poder afirmar que el cumplimiento de esta normativa, en su vertiente general y en su vertiente específica, se lleva a cabo, insisto, con gran rigor por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, tanto en lo que se refiere a las condiciones generales de seguridad e higiene en el trabajo como en aquellas instalaciones y dependencias en las que evidentemente, es necesario en atención a las funciones a las que se encuentran adscritas las mismas. Deseo también señalar que no solamente el Ministerio de Agricultura y sus organismos se encuentran comprometidos firmemente en el respeto y en el mantenimiento estricto de estas medidas de prevención, sino que, además, apuesta decididamente por una tarea y una labor de formación en cuanto a riesgos y en cuanto a prevención de estos riesgos a través de una importantísima labor formativa que se viene desarrollando y que claramente se viene potenciando a partir del año 1996; a ella también haré una referencia a lo largo de esta exposición.

En concreto, y respecto a esta tarea formativa, llamo la atención de SS. SS. en cuanto a que para el año 1998 se van a impartir por primera vez dos ediciones de cursos de formación en materia de riesgos y seguridad y que se duplicará el horario lectivo de los cursos impartidos en años anteriores. En todo caso, insisto, creo que es muy importante, muy necesario, entrar concretamente en los servicios y hacer una panorámica lo más rápida y, a su vez, exhaustiva posible respecto de los distintos centros dependientes de mi departamento.

Voy a comenzar por los laboratorios adscritos directamente al Ministerio, a través de sus 600 órganos directivos y, en particular, me voy a referir, brevemente, al laboratorio de la Subdirección General de Semillas y Plantas de Vivero, ubicado y dependiente, como su propio nombre indica, de una subdirección general dentro del Ministerio, con cuatro centros geográficamente distribuidos en la carretera de La Coruña, en Madrid; en Colmenar de Oreja, también en Madrid, en Coria del Río, en Sevilla, y en Poble Nou, en Valencia.

Debo empezar por recordarles, una vez más, que el mencionado real decreto del año 1997, sobre protección de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, en su artículo 3 califica, como bien saben SS. SS., a los agentes biológicos en cuatro grupos. Pues bien, los trabajos que se realizan en los laboratorios dependientes de la Subdirección General de

Semillas y Plantas de Vivero son trabajos que se enmarcan en el apartado 1 de este anexo 2 y, consecuentemente, son de escaso o muy limitado riesgo. Deseo decir respecto de este laboratorio, sin perjuicio de que esté a disposición de SS. SS. si quieren ampliación de la información a lo largo de mi comparecencia, que cumple estricta y escrupulosamente con la normativa vigente, tanto desde el punto de vista técnico y de bioseguridad como desde el punto de vista jurídico.

En segundo lugar, me voy a referir a los laboratorios de sanidad animal dependientes, igualmente, del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y en este caso, de la Subdirección General de Sanidad Animal; dos laboratorios, ubicados uno en Algete (Madrid) y otro en Santa Fe (Granada), que dependen directamente de esta Subdirección y de la Dirección, en definitiva, de Sanidad de la Producción Agraria. En cuanto al laboratorio de Algete (Madrid), debo empezar por afirmar que, en cuanto a lo que podríamos denominar criterios estándar de seguridad, criterios oficiales de seguridad, cumple con los establecidos en la normativa vigente y con los requisitos establecidos para este tipo de centros por la propia Unión Europea. Es un laboratorio por el que desde el Ministerio se está apostando en aras de su remodelación y de su modernización y se encuentra ahora mismo precisamente en obras de remodelación; está clasificado en nivel 2 de seguridad, por lo que, igualmente, el riesgo potencial es un riesgo que podríamos calificar de limitado.

Entrando en temas más concretos sobre este laboratorio, les transmitiré a SS. SS. que en cuanto a la infraestructura y a la edificación cuenta con las correspondientes medidas de seguridad antiincendios; medidas de seguridad conectadas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para casos de alarma; medidas en el ámbito de protección personal y, en este sentido, todas las relativas a equipamiento personal (protección, máscaras, filtros totales, profilaxis médica y sanitaria, vacunaciones preceptivas y estudios epidemiológicos). Asimismo, cuenta con un plan especial para casos de alarma y el personal dispone de máscaras con filtros absolutos, contención de agentes patógenos en contenedores herméticos y posee un sistema antisísmico que está localizada específica y especialmente en un enclave con bajo o nulo riesgo de inundación.

En cuanto a los riesgos humanos que este laboratorio puede generar potencialmente quiero decir que posee un sistema rápido de evacuación y seguro frente a riesgos traumáticos y accidentes tóxicos. Frente a los accidentes por corrosión por agentes químicos, existe el correspondiente sistema de lavado automático de ojos y duchas en pasillos y el correspondiente y legal sistema de profilaxis higiénico-sanitaria para evitar cualquier tipo de contaminación por agentes patológicos. El sistema puede incluir la profilaxis médica mediante la dispensación de vacunaciones. Respecto de riesgos animales —insisto, una vez más, que no debemos de olvidar que este tipo de laboratorios se dedican exclusivamente a estudios de enfermedades del mundo animal—, si bien las dependencias están en restauración, como ya he dicho, las medidas de seguridad adoptadas son las correspondientes a un nivel P-2.

La seguridad frente a riesgos medioambientales se concreta también en una serie de medidas que, desde su creación, se vienen observando y que con la reordenación y remodelación del laboratorio se van todavía a modernizar y adecuar a la situación vigente.

Quiero decir que en materia de residuos químicos se almacenan en contenedores, se transportan y eliminan por sistemas higiénico-sanitarios homologados. Los efluentes se eliminan por sistemas generales que comunican con una central de depuración de residuos urbanos, y este laboratorio, al igual que el resto de los dependientes del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, se beneficia del plan de formación de profesionales que, como he dicho anteriormente, se potencia especialmente para este ejercicio de 1998.

El segundo de los laboratorios de sanidad animal, al que antes he aludido, el laboratorio de Santa Fe, en Granada, es un laboratorio que tiene un nivel de seguridad P-3 y en cuanto a los criterios de seguridad estándar, podría decir oficiales, cuenta con las medidas de seguridad legalmente previstas en el seno no solamente del Estado español sino de la Unión Europea, pero además en este caso concreto les puedo trasladar a sus señorías que se encuentra por encima de las medidas exigidas por la propia normativa española, y especialmente por los ministerios de Industria y de Trabajo y Seguridad Social. Las dependencias cumplen los requisitos que establece para estos centros la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Internacional de Epizootias y, como he dicho antes, la propia Unión Europea.

En materia de medidas preventivas respecto de este laboratorio, y en particular en lo que se refiere a la estructura del inmueble, quiero decirles que existe una planta de 600 metros cuadrados, aproximadamente, como he dicho antes, calificada en exclusiva como de P-3 en materia de seguridad; existen cabinas de flujo laminar de alta seguridad de nivel B-2 y A; existen medidas de seguridad antiincendio y sistemas de seguridad conectados con las fuerzas de orden público. Y en el ámbito estricto de la protección personal, equipamiento personal, una vez más, de calzas, máscaras, filtros totales, profilaxis médica y sanitaria, con las correspondientes vacunas preceptivas y estudios epidemiológicos; medidas en casos de alarma, y desde esta perspectiva del supuesto de alarma, un sistema de evacuación, con sistema de salida de emergencia homologado. El personal para estos supuestos de alarma dispone de filtros absolutos, contención de agentes patógenos en sistemas estancos y herméticos y además el laboratorio posee un sistema antisísmico y está localizado, igual que el anterior laboratorio, en lugar geográfico de bajo o nulo riesgo de inundación; existe un sistema de protección de agentes atmosféricos de seguridad.

En el ámbito de los riesgos para los seres humanos, quiero decir que existe el correspondiente sistema homologado de evacuación rápida, que garantiza la puesta a salvo de la totalidad del personal en un tiempo máximo de tres minutos y frente a los accidentes por corrosión debida a agentes químicos, se cuenta en este laboratorio con el correspondiente sistema de lavado automático de ojos y duchas en pasillo, además del correspondiente sistema de

profilaxis higiénico-sanitaria para evitar cualquier tipo de contaminación por agentes patógenos. Este sistema incluye la profilaxis médica, con medidas tales como la vacuna contra aquellas enfermedades cuyo estudio se está realizando en este laboratorio y en particular contra la rabia, así como sistemas de seguimiento clínico de los niveles de anticuerpos.

En el ámbito del riesgo para la salud de los animales, para prevenir los riesgos de salud en los animales en el laboratorio, como he dicho antes, existe un animalario de alta seguridad, de nivel P-3 y, consecuentemente, de los medios necesarios, como he dicho antes, por encima de la normativa vigente y de aplicación para evitar y prevenir cualquier tipo de riesgo biológico. Quiero decirles que en materia de riesgos medioambientales se adoptan también las correspondientes medidas normativamente previstas en materia de residuos químicos, que se almacenan en contenedores y se transportan y eliminan por sistemas higiénico-sanitarios homologados. Los efluentes se eliminan, igualmente, por sistemas de esterilización térmica en autoclaves homologados al efecto y cualquier material biológico es esterilizado previo tratamiento.

El tercer laboratorio, por decirlo de alguna manera, al que podría hacer referencia se trata del laboratorio agroalimentario. Es un laboratorio que quizá se desmarca o se separa claramente de la naturaleza y del objeto de los laboratorios a los que anteriormente he aludido —sin perjuicio de que posteriormente sus señorías deseen información adicional respecto de este laboratorio en el que se han realizado importantes modificaciones y mejoras por razones de seguridad y por razones de mejora en su utilización desde el año 1996 hasta el año 1998—; basta que les señale, con carácter previo, que cumple con la normativa vigente y que además observa escrupulosamente la normativa comunitaria e internacional en materia de tratamiento agroalimentario.

Pasamos, señorías, a la última parte y en atención, por lo tanto, a la comparecencia del presidente del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria. Con respecto a este apartado de mi comparecencia, quiero, en primer lugar, recordar a SS. SS. que el Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria, el INIA, para referirnos de una manera más abreviada al mismo, es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación a través de la Subsecretaría y por tanto a través de mí. Dentro del INIA existen una serie de centros de I+D dependientes del mismo; en concreto les señalaré que está el Centro de Recursos Fitogenéticos y Agricultura Sostenible, cuya actividad fundamental es la investigación y conservación de recursos fitogenéticos y la investigación en agricultura sostenible, que fue creado en el año 1993, por Orden ministerial de 23 de abril; en segundo lugar, se encuentra el Centro de Investigación Forestal (Cifor), cuya actividad lógicamente es la investigación forestal y las maderas; y en tercer lugar se encuentra el CISA (Centro de Investigación en Sanidad Animal) —al que también voy a hacer una alusión y una referencia muy explícita y muy concreta en esta intervención—, que tiene como actividad

fundamental —aunque después veremos que esa actividad fundamental se desgaja en muchas otras actividades— la investigación dividida en dos áreas: las zonas de alta seguridad biológica y la zona de toxicología de medio ambiente. Se constituye por Orden ministerial de 2 de febrero de 1993 y a él me referiré posteriormente.

Quiero, sin embargo, concluir el aspecto general o lo que es la estructura general del INIA señalando que en la sede central del INIA también se desarrollan actividades de I+D de carácter más general indudablemente, en una serie de áreas. Éstas, para información de SS. SS., son: reproducción animal, protección vegetal, mejora genética animal, tecnología de alimentos, conservación del medio natural, silvicultura y mejora forestal. En todos ellos se realizan trabajos para los que, de una forma u otra y en distinto grado, es aplicable la legislación sobre bioseguridad a la que me voy a referir, pero por su especial actividad por su especial contenido y sin duda por su importancia nacional e internacional el CISA es el que más se puede ver afectado no solamente por la normativa sino por los potenciales riesgos que su actividad puede generar.

Como he dicho antes, el CISA se crea por Orden ministerial de 2 de febrero de 1993; aparece claramente como un centro de investigación en sanidad animal en el que se desarrollan actividades de investigación de desarrollo tecnológico, formación científica y técnica; tiene un apartado muy importante en materia de cooperación internacional, con especial atención a las enfermedades exóticas, para la ganadería española, con mayor riesgo de introducirse o extenderse en el territorio nacional y además es un centro —y ello no es poco importante, como comprobarán SS. SS. después— que en materia de investigación atiende de forma coordinada y de forma priorizada las demandas de utilización que en materia de investigación y desarrollo tecnológico en sanidad de las producciones ganaderas formulan no sólo la Administración General del Estado, no sólo, como veremos, las propias instituciones de la Unión Europea, sino otras instituciones públicas y también entidades privadas. Es un órgano que se configura en su orden de creación con un consejo técnico que tiene carácter asesor pero al que se le dan facultades de conocimiento y de información en materias importantes desde el punto de vista de la bioseguridad, un consejo técnico que preside el subsecretario del departamento y que además, desde esa perspectiva, prevé la creación del grupos de trabajo, muy especialmente en el ámbito de la seguridad biológica. Este centro al que me estoy refiriendo, el CISA, además del prestigio nacional cuenta con el reconocimiento internacional respecto de su labor y respecto de su infraestructura, medios y dotación en materia de bioseguridad. Desde esta perspectiva, podemos acudir a documentos y normas nacionales e internacionales para avalar esta afirmación.

El Real Decreto del año 1993, de 17 de diciembre, de la lucha contra la fiebre aftosa reconoce en su anexo B a este laboratorio nacional como laboratorio autorizado para manipular virus vivos en la fiebre aftosa y lo califica como laboratorio de alta seguridad biológica. Un órgano de gran importancia, como es la Oficina Internacional de Epizootias, quizá el más importante en esta materia, en su lista de

referencia de laboratorios del año 1996 califica al Centro de Investigación en Sanidad Animal, del Instituto de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria, como laboratorio de referencia de alta seguridad. También merece la pena destacar que la Comisión de la Unión Europea en la Directiva de la Comunidad 92/119, de 17 de diciembre de 1992, lo califica expresamente como laboratorio de alta seguridad biológica con lo cual, insisto, es un nuevo reconocimiento de su seguridad por parte de un órgano de la Unión Europea. Mucho más recientemente, el 26 de octubre de 1995, el Comité asesor de grandes instalaciones científicas ha calificado a este laboratorio de gran instalación, en atención a sus condiciones y prestaciones en materia de seguridad. Es importante aludir a que la importancia del CISA dentro de las fronteras ha trascendido — como he dicho antes— fuera de sus fronteras, y eso ha llevado a que sea uno de los siete laboratorios de su naturaleza que existen en el mundo, lo que es algo digno de mención, y en segundo lugar que además sea punto de referencia y de estudio para otros muchos países que pretenden establecer o implantar sistemas sanitarios homologados con el nuestro. El ejemplo más próximo —lo cito por ser del 30 de marzo y por producirse dentro de muy pocos días— lo tenemos en una delegación de Bélgica que va a visitar las instalaciones del CISA por tener intención de construir un animalario para los ministerios belgas de Salud Pública y de Agricultura, considerando en su estudio y planteamiento previo este laboratorio como el más moderno de Europa.

Una vez pintada esta panorámica general de lo que podría ser la ubicación del laboratorio dentro y fuera de nuestras fronteras desde el punto de vista de su importancia y de su calificación por organismos internacionales, creo que es importante que descendamos al terreno de lo concreto desde el punto de vista legislativo y normativo y nos ciñamos a averiguar si este centro cumple o no con la normativa de prevención de riesgos laborales y demás normativa con respecto al ámbito de investigación. Voy a hacer referencia a los demás centros del INIA, pero en especial a éste, y para ser más concretos y exhaustivos, me van a permitir que me refiera artículo por artículo de los que le resultan de aplicación de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

El artículo 14 de esta ley, que se refiere al derecho a la protección frente a los riesgos laborales de los profesionales que prestan servicio, resulta, lógicamente, de directa aplicación a este centro, y para su escrupuloso cumplimiento, está dotado de prendas de protección personal y de las correspondientes medidas colectivas normativamente homologadas: puertas cortafuego, alarmas ópticas y acústicas, megafonías, detecciones de CO₂, iónica, por ampolla térmica, trampillas cortafuego y fugado de los sistemas de vigas, botiquines, asistencia, etcétera. Existe un diseño del plan de evacuación, una elección de prendas de protección personal y, en cuanto a los contaminantes físicos, químicos y biológicos a muestra, etcétera, se están realizando al día de la fecha —pero esto no es nuevo, tiene una historia— estudios y diseños en colaboración con los representantes de las relaciones sindicales y en concreto en colaboración

y con conocimiento explícito, lógicamente, de los representantes de la Unión General de Trabajadores. En el resto de centros del INIA, respecto de este ámbito concreto y genérico del derecho a la protección, quiero decir que se disponen también en el Cifor y en el Centro de Recursos Fitogenéticos de medidas de seguridad individuales y colectivas en ambos ámbitos y que además se están realizando obras de adecuación —a las que después aludiré— en los servicios centrales del Instituto, que van a incorporar métodos de seguridad todavía más modernos, que van a superar lo previsto en la normativa vigente en materia de bioseguridad.

Por lo que se refiere a la información y formación, y sin perjuicio de lo que he aludido antes respecto de la formación, les diré que los trabajadores del CISA antes de iniciar su primera actividad en el centro reciben un curso de formación específico en materia de seguridad; que además del plano teórico y práctico de las clases se acompaña —y lo he traído para conocimiento de SS. SS. y lo dejo en la Comisión— de un vídeo personal para cada trabajador para que pueda recordar permanentemente los riesgos y las necesarias observancias que deben seguirse en materia de prescripciones de bioseguridad y que se le entrega —insisto— antes de su primera actividad laboral. Además, en el INIA y en todos sus centros se realizan reconocimientos médicos periódicos y si se detectan alteraciones analíticas se practica todo tipo de prueba especial y seguimiento de posibles patologías sospechosas, que hasta la fecha y desde el año 1993 no se han suscitado.

En cuanto al contenido del artículo 15 —como he dicho antes voy artículo por artículo de los que resultan de aplicación—, que son los principios de la acción preventiva, la política del Instituto, igual que la del Ministerio, es la de evitar los riesgos y minimizarlos en el caso de que se produzcan. Para ello existe una política desarrollada, con importantes inversiones a las que luego haré referencia desde el año 1993, en materia de automatización de sistemas, de formación de los trabajadores nuevamente, de creación y diseño de sistemas de protección personal de los trabajadores y profesionales que prestan sus servicios en el centro, un plan de cambio en los sistemas de trabajo cuando se detecta que puede generar algún tipo de riesgo personal y un cambio ya no del sistema de trabajo sino del propio trabajador respecto de su responsabilidad y respecto del puesto de trabajo que desempeña en el seno del centro para conseguir la acomodación del trabajador, del científico, del investigador a su capacidad y evitar que cualquier disfunción de no acomodación pudiera producir algún riesgo adicional.

En materia de evaluación de riesgos, a los que se refiere el artículo 16 de la Ley, el CISA está elaborando el que se denomina mapa de riesgos con la participación de los representantes de los trabajadores y en este caso con la de la Unión General de Trabajadores. Esta evaluación de riesgos internos incluye todo lo relativo a ruido industrial, condiciones de iluminación, ventilación, muestreos de material particulada y otros contaminantes químicos tales como pudieran ser vapores orgánicos, amoníaco, ozono, alcoholes, etcétera. El INIA ha solicitado, mediante conve-

nio firmado, a Mutrespa la realización de una evaluación de riesgos de todos los puestos de trabajo del organismo, con prioridad para los puestos de trabajo del CISA.

En cuanto a equipos de trabajo y medios de protección a los que se refiere el artículo 17, he de decir a SS. SS. que a todos los trabajadores con posibilidad de exposición a riesgos específicos se les dota, como pueden ver en la documentación que les voy a aportar, de equipos de trabajo adecuados y de equipos de protección individual, así como, insisto, se les informa permanente y periódicamente del uso y de la finalidad de estos equipos.

Sobre la información, consulta y participación de los trabajadores en este ámbito al que se refiere el artículo 18 de la Ley, el CISA informa a sus trabajadores en el seno de los correspondientes órganos de representación; todos los trabajadores están informados del plan específico de evacuación, de los riesgos concretos, de la naturaleza de los mismos y de los mecanismos existentes para prevenirlos. Respecto de este tema, he traído para la Comisión documentación del manual de emergencia y evacuación del CISA, con los planos correspondientes, registrado en la Comunidad de Madrid. Un documento muy importante, al que antes he hecho referencia de pasada, es la guía de operaciones del Centro de Investigación en Sanidad Animal, que se entrega a todos los profesionales del Centro en el momento de su ingreso, exigiéndoseles firmar en un documento individualizado no solamente su tenencia sino su conocimiento y estudio; el Plan de gestión de residuos bio-sanitarios y fitotóxicos, registrado de entrada en la Comunidad de Madrid y algunas memorias de los últimos años del INIA, que hacen referencia fundamentalmente a los estudios que vienen realizando este Instituto y, especialmente, el CISA. Todo ello, sin perjuicio de unas breves notas que también les apor to a SS. SS., para mayor conocimiento de la realidad de estos organismos.

Siguiendo con lo que comentábamos, vamos a referirnos al capítulo de formación, en el que no merece la pena entrar en mayor detalle, aunque a ello se refiere, como muy bien saben, el artículo 19 de la ley, en el sentido de que existen cursos básicos de primeros auxilios, cursos intermedios de primeros auxilios y, como he dicho antes, cursos específicos de manejos químicos en laboratorio, que se imparten año tras año, incluido este año que he mencionado antes, con una duplicación del horario lectivo.

En cuanto a medidas de emergencia, a las que se refiere el artículo 20, como acabo de señalar a SS. SS., el CISA cuenta con un plan de evacuación para el personal del centro, un plan de antiincendios, accidentes y otras emergencias, dotándose todas las instalaciones del centro de las correspondientes señalizaciones, botiquines, equipos de alarmas, sistemas de extinción de incendios, señalización luminosa de vías de evacuación, etcétera. Este manual del plan fue distribuido en su momento a todo el personal del CISA, explicándose su contenido en un curso específico al efecto y, además, solicitándose las aportaciones del propio personal que considerasen convenientes para su enriquecimiento y perfeccionamiento, circunstancia que hasta la fecha no se ha producido.

En materia de vigilancia de la salud, a la que se refiere el artículo 22 de la ley de prevención, el INIA, como organismo, viene realizando con todo su personal, como es su obligación, reconocimientos médicos generales desde el año 1996, reconocimientos médicos a personas concretas con alteraciones específicas, reconocimientos ginecológicos, vacunaciones preceptiva, vacunaciones antigripales, antihepatitis B y, por supuesto, cuenta con el correspondiente libro de incidencias del servicio médico. Los resultados de la vigilancia médica del Instituto, que tienen carácter confidencial por afectar a la intimidad personal de los trabajadores y empleados públicos, están bajo la guarda del servicio médico del Instituto.

En materia de documentación general, que debe de obrar, de acuerdo con la normativa vigente y con el artículo 23, en el seno del Instituto, quiero decirles que el CISA conserva a disposición de la autoridad laboral competente toda la información relativa a las obligaciones establecidas en la legislación vigente, que mantiene un fichero abierto con los informes sobre los incidentes o accidentes producidos en el Centro, que el comité de seguridad y salud laboral recibe los partes de accidentes laborales e incidentes ocurridos en el INIA de una forma puntual y que el servicio de personal del INIA remite en tiempo y forma los partes de accidentes laborales también, como es preceptivo, a la Mutua Mutrespa.

Respecto a los servicios de protección y prevención de riesgos profesionales, a los que se refiere el artículo 30 de la ley, el INIA, consciente de la complejidad de esta actividad del CISA, tiene cubierta esta plaza, como no podía ser de otra forma en su relación de puestos de trabajos, con un jefe de sección de seguridad y mantenimiento P-3, que es un titulado licenciado en ciencias biológicas. Merece la pena destacar respecto del perfil profesional de esta persona, que es un funcionario que procede de la escala de titulados de grado medio del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Existe un proyecto de nueva relación de puestos de trabajo del Instituto, que está ahora mismo en tramitación; en este proyecto de nueva relación de puestos de trabajo se prevé la creación de un servicio de seguridad y seguimiento de recursos de I+D, que esperamos poner en marcha a lo largo de este año y, en tanto en cuanto sea necesario apoyo exterior para cubrir sus necesidades, se iría lógicamente a este apoyo.

En cuanto al comité de seguridad y salud, a que se refiere el artículo 38, se constituyó el 22 de abril del año 1996, con dos delegados de prevención por el comité de empresa, dos delegados de prevención por la junta de personal, y cuatro representantes por parte del INIA.

Como he dicho antes de este análisis, apoyado con la documentación que pongo a disposición de la Comisión, se desprende, a mi juicio con cierto grado de certeza, que el INIA en su conjunto y los centros adscritos al mismo especialmente cumplen de manera no sólo satisfactoria, sino absolutamente elogiabile, con la normativa vigente y, en este caso concreto, con la Ley del año 1995 de prevención de riesgos laborales. El esfuerzo presupuestario del Ministerio de Agricultura respecto de esta materia, por seguir siendo un centro mundial de referencia —me estoy refiriendo

en el caso del CISA— y por mantener e incrementar los mejores niveles de seguridad respecto de este y otros centros del Ministerio, se ha plasmado lógicamente en los presupuestos del Estado.

El Centro de Investigación en Sanidad Animal (CISA), en el año 1993, costó 2.345 millones de pesetas al erario público y su equipamiento científico ascendió a una cifra que rondaba los 500 millones de pesetas. Desde entonces se ha ido invirtiendo dinero en su mantenimiento y en la mejora permanente en los sistemas de seguridad hasta una cifra global, incluido el año 1998, de 1.400 millones de pesetas, de los que debe destacarse que en los años 1997 y 1998 se han invertido 520 millones de pesetas. Como he dicho antes, en los servicios centrales del INIA se está acometiendo un plan de reordenación que, siguiendo con la filosofía de reordenación de inmuebles y de plan de austeridad del Gobierno de la nación, va a permitir un ahorro de más de cien millones de pesetas en arrendamientos anuales por la concentración de determinadas unidades en una nueva unidad inmobiliaria. Este plan de remodelación, que se ha reorientado en el seno del plan de racionalización de uso de inmuebles y el plan de austeridad, implica, al término del período de 1993 a 1995, una inversión de 291 millones; de 1995 a 1997, otros 221 millones y de 1998 al 2000, que finalizarán las obras de adecuación con este proyecto, de 748 millones de pesetas.

Después de lo que antecede comprenderán SS. SS. que, desde la responsabilidad del Ministerio, del propio Instituto y lógicamente de la Subsecretaría, preocupen de manera importante y trascendente determinadas informaciones y noticias aparecidas en la prensa nacional y en otras publicaciones respecto de las cuales, además de exigir una explicación, hay que señalar que no se ajustan a la realidad, como han visto SS. SS., en una gran parte, y en otra gran parte se deban a una sesgada interpretación de la realidad.

Me imagino que está en la mente de SS. SS. determinada información surgida en un diario de difusión nacional el pasado 8 de abril respecto del CISA, información que antes tuvo un punto de referencia en otra publicación, en este caso de naturaleza sindical, en línea similar a la posteriormente aparecida en la prensa nacional. Estas dos publicaciones motivaron que la Subsecretaría encargase con carácter urgente el mismo día de su publicación un informe completo a la Inspección General de los Servicios del Ministerio para que dictaminara acerca de la situación real del INIA y del CISA en este caso concreto, desde el punto de vista jurídico y biológico, y propusiese cualquier medida o actuación que, a la vista de la situación, juzgase pertinente al respecto. Este informe previo de la Inspección de los servicios ya ha sido emitido, con fecha 23 de abril, y ha sido trasladado por la Subsecretaría del departamento al presidente del INIA para su conocimiento y para contemplar las medidas en él determinadas.

Para entrar en la materia a la que me estoy refiriendo (me estoy refiriendo a lo que entiendo es una absolutamente innecesaria, por decirlo de una manera leve aunque yo creo que deberíamos decir impertinente, provocación de una alarma social inexistente desde el punto de vista de

esta información vertida en los medios de comunicación), quiero recordar a SS. SS., aunque me imagino que lo saben, que la información se centraba en afirmar, en primer lugar, el incumplimiento de CISA de las medidas de bioseguridad establecidas en la normativa vigente y, en segundo lugar, en la existencia de un expediente sancionador de la Comunidad Autónoma de Madrid como consecuencia del incumplimiento de las medidas de bioseguridad establecidas en la normativa vigente, además de otras muchas cosas que, si SS. SS. quieren, podemos analizar después a grandes rasgos. Señorías, deseo ratificarme en lo que antes he dicho: el CISA cumple escrupulosamente con las medidas de bioseguridad contempladas en la normativa vigente, en la normativa comunitaria y en cualquier norma de seguridad de referencia mundial, hasta el punto —insisto una vez más— de ser uno de los siete centros que existen en el mundo como punto de referencia en esta materia.

Me van a permitir que califique el tema de fondo de discusión jurídico-técnica, pero no técnico-sanitaria, técnico-biológica, el tema de fondo o de bioseguridad. La situación arranca en la fecha de creación del Instituto, como he dicho antes, en el año 1993, y se produce como consecuencia de que cuando se crea el Instituto por Orden ministerial del año 1993 no se pide ninguna licencia de apertura para este centro. Con posterioridad, el Ayuntamiento le demandó que interesase la correspondiente licencia y la dirección del CISA, a través de la presidencia del INIA, solicitó un informe jurídico al Servicio Jurídico del Estado en el Ministerio sobre la pertinencia o no de la existencia de esa obligación en nuestro ordenamiento jurídico.

Pues bien, en esos informes (y digo esos informes porque son dos, casi consecutivos, del Servicio Jurídico del Estado en el departamento, que obran en mi poder por sí SS. SS. quieren consultarlos, de 24 de marzo de 1995 y de 9 de octubre de 1995), en el primero afirmando y en el segundo ratificando en base a argumentos jurídicos legales normativos y jurisprudenciales, el Servicio Jurídico del Estado entiende que el CISA, en atención a su naturaleza y función estrictamente pública y administrativa, no tiene que solicitar licencia de ningún tipo a la corporación municipal. En aquel momento yo no era gestor del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, ni responsable, ni el equipo actual tenía responsabilidades de dirección y de gestión en este ámbito, pero entiendo que estos argumentos jurídicos del Servicio Jurídico del Estado son los que llevan a la dirección del Instituto y a los responsables del Ministerio a no solicitar esta licencia. Llamo la atención de SS. SS. sobre que la no solicitud de esta licencia produce un efecto en cadena, y es que otras autorizaciones, permisos y licencias contemplados en la normativa vigente no se pueden obtener si no se obtiene la previa licencia de apertura. No obtenida la primera resulta imposible jurídicamente obtener las consecuentes o subsiguientes.

Con posterioridad a estos datos a los que me estoy refiriendo la Comunidad Autónoma de Madrid, en el año 1995 si mal no recuerdo, realiza una inspección al Instituto y levanta la correspondiente acta, en donde no se dice que el Instituto no contemple las medidas de bioseguridad, sino que no tiene la licencia de apertura que determina la nor-

mativa vigente. Eso es lo que se dice en el acta que obra también en este informe como documentación anexa al informe de la Inspección de los servicios. Eso genera, como la normativa vigente exige, la apertura de un expediente sancionador, que deberá resolverse. Debo señalar que en el mes de julio de 1996 la nueva presidencia del INIA, a pesar de esta controversia y de este apoyo jurídico en los informes del Servicio jurídico, ante la insistencia del ayuntamiento competente y de acuerdo con las autoridades del Ministerio de Agricultura, solicitaron la correspondiente licencia. Es decir, el 26 de julio de 1996 se solicita la licencia de apertura y actividad acompañada de toda la documentación que en aquel momento era preceptiva, incluido el proyecto técnico.

Respecto a este trámite se solapa el inicio del expediente sancionar de la comunidad autónoma del año 1995 con la petición de licencia del año 1996 por parte del nuevo responsable del Instituto. Desde el punto de vista administrativo, al día de la fecha nos encontramos, por un lado, con el proceso de concesión de esa licencia solicitada en el año 1996 y, por otro, con el proceso de tramitación y de resolución del acta de inspección de la comunidad autónoma desde el punto de vista administrativo. Me refiero a las dos administraciones en este caso implicadas: a la de Valdeolmos Alalpardo y a la de Madrid. Hay que ser realistas y conscientes de que estamos en una tramitación tremendamente lenta, porque en el año 1996 pedimos la licencia, pero todavía no se ha concedido, lo cual es susceptible de comentario, pero no es responsabilidad del Ministerio del Agricultura ni del Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias ni tampoco del CISA. Es ajeno a la Administración general del Estado; lógicamente, es competencia de la Administración local y de la autonómica.

Desde esta perspectiva —tengo un gráfico que es bastante clarificador—, nos encontramos en un proceso de tramitación —donde termina el color verde— y quedan todavía tres fases para la concesión definitiva de la licencia. Señalo a SS. SS. que ya existe un informe del ayuntamiento en pleno favorable a la concesión; que ese informe, porque es preceptivo en la normativa vigente, acuerda remitir el expediente a la comunidad autónoma porque tiene que emitir informe de impacto medioambiental, y ahí está el segundo trámite en el que se encuentra ahora; después, ese expediente volverá con el informe de la comunidad autónoma a la alcaldía para que, mediante decreto, pueda concederse esta licencia.

Señorías, insisto en que no es admisible trasladar a la opinión pública ningún tipo de alarma social sobre un tema estrictamente jurídico, administrativo y de discusión entre administraciones públicas como consecuencia de diferencia de argumentos jurídicos. Es fundamental que quede suficientemente claro en esta comparecencia que no estamos hablando de incumplimiento de medidas de seguridad biológicas sino de cumplimiento con obtención de licencia como consecuencia de un problema jurídico interpretativo de la normativa vigente aplicable a la materia. El Instituto ha puesto en marcha mecanismos para obtener aquellas otras licencias o autorizaciones sin necesidad de la previa licencia de apertura, que no son todas, como he dicho an-

tes, porque hay muchas que tienen ese efecto condicionado.

En materia de identificación industrial y solicitud de vertidos líquidos se ha presentado en el Ayuntamiento de Valdeolmos Alalpardo, en el mes de febrero de 1998, la documentación técnica necesaria. En materia de autorización de instalaciones radiactivas, todos los centros, y en concreto el CISA, cuentan ya con la correspondiente autorización. El Consejo de Seguridad Nuclear, como es lógico, inspecciona regularmente todas estas instalaciones radiactivas sin que haya encontrado ningún reparo al funcionamiento. Las lecturas dosimétricas mensuales se realizan por una empresa especializada, como es protección nuclear, Pronusa. Los reconocimientos médicos reglamentarios se realizan por la empresa Medisa, empresa, como saben SS. SS. especializada. Todos los residuos generados son retirados periódicamente por la empresa nacional de residuos radiactivos, Enresa, con la que el INIA tiene suscrito un contrato no desde hace poco, sino desde el año 1993. Todas las instalaciones están cubiertas, como es preceptivo también, por una póliza de responsabilidad civil y para riesgos nucleares.

En cuanto a la autorización de productor de residuos tóxicos y peligrosos a la Comunidad Autónoma de Madrid, al ser el INIA productor de residuos tóxicos y de residuos peligrosos en medias específicas, hay que valorar —y así se ha hecho— si el volumen lo sitúa en uno u otro tipo de autorización. Pues bien, con datos de referencia al año 1997, el CISA tiene residuos sólidos por 225,37 kilos; líquidos por 320,2 kilos y cenizas esterilizadas por 2.120 kilos. Por lo tanto, no sobrepasa en modo alguno el límite previsto en el artículo 22 del Real Decreto del año 1988, por el que se aprueba el reglamento para la ejecución de la Ley del año 1986 de residuos tóxicos, de las 10 toneladas ni, por supuesto, los centros del INIA. Consecuentemente se ha optado, como es preceptivo en este ámbito, por la inscripción en el Registro de pequeños productores de la Comunidad Autónoma de Madrid. Desde el 9 de enero de 1995, el INIA figura inscrito en ese registro con el número PP0258 para todos sus centros y ahora lo que se está tratando de hacer es una solicitud de inscripción específica para el CISA como centro individualizado, pero el CISA ahora mismo, insisto, se engloba dentro del INIA a estos efectos, sin perjuicio de que se está tratando esta inscripción separada para el CISA. Esta inscripción separada se solicitó el 25 de marzo del año 1996 y, a fecha 8 de abril de 1998, todavía no se ha concedido y se le ha reiterado a la comunidad autónoma recordándole que el 25 de marzo se solicitó esta inscripción también separada. Ha hecho básicamente un repaso, sin perjuicio de cualquier dato que quieran SS. SS. solicitar sobre el cumplimiento del INIA de la normativa vigente y sobre la situación específica del CISA dada su importancia y trascendencia.

Quería insistir en otras cuestiones pero no puedo por razones de tiempo. Sin embargo, quiero concluir esta intervención haciendo una especie de síntesis de lo que creo es fundamental. En primer lugar, insisto, una vez más, en que el CISA cumple desde el punto de vista técnico, con todos los requisitos previstos por la legislación vigente nacional

e internacional y que, en consecuencia, está en condiciones objetivas de obtener las licencias, autorizaciones y permisos a las que pueda ser acreedor, sin perjuicio de que deba de valorarse la discusión jurídica que existe y que está ahí. En segundo lugar, como he dicho antes, se ha reconocido así por organismos internacionales desde su puesta en funcionamiento y de ahí su prestigio y su reconocimiento. En tercer lugar, estamos ante un problema de interpretación jurídica surgida en el seno de la anterior Administración y en el ámbito estricto de la gestión administrativa que, lógicamente, deberá resolverse en vía administrativa o jurisdiccional, dependiendo de cuál sea el dictamen definitivo de la Comunidad Autónoma de Madrid en el ámbito del expediente sancionador abierto.

En cuarto lugar, el efecto condicionante de unas autorizaciones respecto de otras hace que determinadas autorizaciones no se puedan tener sin la previa obtención formal de la licencia de apertura. Quiero insistir también en que la inspección iniciada en el año 1995 se solapa cronológicamente con la autorización de licencias solicitada por la nueva Administración en el mes de julio de 1996.

En quinto lugar, debo señalar que en el informe de la Inspección General de los Servicios que obra en mi poder se ratifica en síntesis lo que ahora mismo les acabo de señalar. La Inspección General de los Servicios no aprecia ninguna responsabilidad de los gestores en este ámbito y sí adopta, como es preceptivo, medidas de reorganización administrativa del propio INIA —y no en este caso ya del CISA tendentes a conseguir mayor agilidad en la gestión de las licencias y, en este caso, una mayor celeridad en la regularización de esta situación.

Insisto en que no entendemos que exista razón alguna para trasladar a la opinión pública alarma de ningún tipo. Existen argumentos serios y sólidos para trasladar tranquilidad respecto a los medios técnicos y preventivos de que están dotados todos los centros adscritos al Ministerio, en este caso el INIA y en concreto el CISA. Es momento de reiterar que por parte de la Administración, del Ministerio de Agricultura, existe un firme y decidido compromiso de inversión, al que ya antes he aludido, de formación y de adopción de todas las medidas a nuestro alcance en materia de prevención, sin bajar la guardia, mejorándolas día a día en la medida de las posibilidades y sin escatimar ningún esfuerzo a la hora de mantener las condiciones óptimas de bioseguridad, lo que no sólo es obligado y forzoso para el personal que presta sus servicios en estos centros, sino, como he dicho antes, en la protección del medio ambiente, de la fauna y de la flora. Recordamos, una vez más, que estamos hablando de centros que manipulan, tratan y estudian enfermedades animales y vegetales y no enfermedades humanas.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor subsecretario, por su comparecencia, inusual en esta Comisión de Sanidad. Pese a que mi grupo parlamentario había solicitado la comparecencia del presidente del INIA,

estamos encantados de que se haya decidido su presencia en esta Comisión, porque la mayor responsabilidad confiere mayor autoridad a sus palabras.

Como comprenderá, lo que yo voy a relatar aquí difiere bastante de esa especie de mundo feliz en el que usted se ha movido en su comparecencia. Si no fuera así, no tendría objeto haberla solicitado. Con toda la brevedad posible dada la complejidad de los asuntos a tratar, voy a contraponer mi información a la que usted ha señalado, esperando de su sensibilidad y responsabilidad que tenga a bien comprobar en qué medida los hechos que voy a relatar están sucediendo en realidad y, si es así, puedan adoptarse las medidas oportunas en relación con los responsables directos de los hechos.

En primer lugar, tengo que decir que más allá de la exhaustiva relación de medidas de protección de la salud de los trabajadores, la Ley de prevención de riesgos laborales es una ley cuyo espíritu y letra confieren un especial protagonismo a los trabajadores y a los delegados de prevención, sin cuya información y participación las medidas de prevención, por mucho que estén comprobados los aspectos técnicos de las mismas, son ineficaces en la práctica. Sin el protagonismo de quien realiza las labores y, por tanto, tiene una participación directa en la prevención de los riesgos, esas medidas quedarían vacías de contenido.

Señor subsecretario —y la central sindical a la que usted ha aludido merece todo el respeto de mi grupo parlamentario—, como mínimo, me parece una falta de rigor sorprendente que las relaciones en materia de prevención se establezcan con respecto a una sola central sindical. Insisto en que me merece todos los respetos, pero hay presencia sindical de diferentes centrales que tienen tanto derecho y tanta obligación al mismo tiempo de participar en tareas de prevención como otras.

La primera afirmación que tengo que realizar es precisamente sobre la información. No existe información a los trabajadores del tipo de virus que se investiga en los diferentes centros del INIA. En muchos casos se ha deducido que se trabajaba con hepatitis B, dado que se efectúan vacunaciones masivas de los trabajadores. Hay indicios, hay rumores, pero en ningún caso hay una información concreta, sistemática y periódica, por parte de las direcciones de los centros.

No me interesa excesivamente entrar en los aspectos técnico-jurídicos a los que usted ha hecho referencia sobre las licencias a la Comunidad Autónoma de Madrid o al Ayuntamiento de Valdeolmos, en el caso del CISA, pero también con respecto a otros centros. Sí que me interesa, porque evidentemente sería un atentado contra las competencias de las diferentes instituciones, el desprecio por parte del Gobierno central de las exigencias de las diferentes instituciones a la hora de ejercer las competencias que la Constitución y las leyes les reconocen. En cualquier caso, me remito a señalar que el debate técnico-jurídico se ha saldado con una solicitud de licencia de apertura por parte de los centros; alguna razón tendrían las instituciones municipales y autonómicas a la hora de exigir este debate técnico-jurídico que, insisto, no me interesa.

No obstante, no es el hecho de tener un papelito con un sello municipal o del gobierno autonómico lo que preocupa, sino la comprobación externa por parte de otras instituciones, que siempre es de agradecer, de que los mecanismos de seguridad están debidamente contemplados. Y creo que no estará en condiciones de contradecir que de ninguno de estos centros existen informes de impacto ambiental con respecto a la actividad de cada uno de ellos. Más allá de las medidas de seguridad concretas a las que usted ha hecho referencia, no existe plan integral de gestión de residuos, tal y como establecen las diferentes leyes que no voy a enumerar y que usted conoce bien.

Después me referiré a estos hechos, pero es evidente que no solamente hay un problema técnico-jurídico con respecto a las competencias. Los residuos líquidos sufren un tratamiento por autoclave, con una temperatura de 100 grados centígrados, que son vertidos tal cual al alcantarillado de Valdeolmos, que se encuentra en una situación bastante precaria, que van a dar directamente a una zona de pastos y que han aniquilado los teóricos pastos existentes en otras épocas. Y, si bien las condiciones de presión y temperatura que un autoclave garantiza podrían arrojar suficiente seguridad sobre agentes biológicos, no sucede así con los priones —y llamo su atención porque hay un proyecto para estudiar la encefalopatía espongiforme, más conocida por el mal de las vacas locas, ya muy famoso en esta Comisión—, que, como usted bien sabe, no desaparecen a esa temperatura y, de no tomarse medidas de seguridad apropiadas, podrían, como el resto de los residuos, ser vertidos directamente al alcantarillado.

Tengo que decirle también para su información, que el ayuntamiento en pleno ha concedido licencia de instalación —obviamente, porque la instalación lleva funcionando desde hace cinco años—, pero no ha concedido la licencia de apertura, que tiene que ver con el hecho físico de la instalación, sino con el control de la seguridad de las actividades que allí se llevan a cabo.

Señor subsecretario, me he entrevistado con representantes del Ayuntamiento de Valdeolmos y quiero transmitirle las quejas y el profundo disgusto que las autoridades municipales me han expresado acerca del tratamiento vejatorio recibido por parte del señor Sánchez Vizcaíno, director del Centro de Investigación en Sanidad Animal; el desprecio, no sólo hacia las personas, sino hacia las competencias de las instituciones.

Como usted bien ha dicho, señor subsecretario, están coincidiendo demasiadas instancias para que las irregularidades o los riesgos, a los que me voy a referir en concreto, sean el producto de alguna mente calenturienta, bien de trabajadores, bien de profesionales. Porque coinciden instituciones como el Ayuntamiento o como la Comunidad Autónoma de Madrid. Esta última hace referencia no sólo al hecho administrativo de la licencia, sino que dice: Se ha demostrado que el INIA ha realizado actividades de gestión y producción de residuos peligrosos sin autorización, sin cumplir con los requisitos exigidos por el ordenamiento. Al mismo tiempo, en las alegaciones pertinentes no se ha aportado a la Comunidad Autónoma de Madrid información obligatoria en materia de recursos tóxicos y

peligrosos. Generan una serie de alegaciones en relación con las infracciones y con los riesgos que pudieran derivarse del incumplimiento de las normativas cuya protección y control están atribuidos en las competencias tanto del ayuntamiento como de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Entrando ya en materia, más allá de los centros a los que usted ha hecho referencia, el centro más conflictivo, desde mi punto de vista, es el Centro de Investigación en Sanidad Animal. Y no niego, ni muchísimo menos, el carácter de centro considerado de alta seguridad, el hecho de que sea uno de los siete centros de referencia en todo el mundo ni que se hayan gastado miles de millones de pesetas en su instalación y en su mantenimiento. Mi preocupación deriva, precisamente, de que, por la excelencia de este centro y la rentabilidad de las inversiones realizadas en él haya dudas razonables acerca de la seriedad y la responsabilidad con las que se está gestionando y que pudieran derivar en que tales inversiones, financieras, materiales y humanas, pudieran estar siendo despilfarradas y, más aún, siendo empleadas para introducir elementos de riesgo, de improvisación y de mala gestión muy serios.

En primer lugar, quiero decirle que el director de este centro está cuestionado por parte de la inmensa mayoría de los 16 investigadores que trabajan en el centro desde el primer momento, en 1993, hecho que, supuestamente, tuvo una influencia determinante en que tardara seis meses en ser nombrado.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, por cuestión de tiempo, la ruego que concrete su intervención.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Sí, señor presidente, termino. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)**

Probablemente, una de las incidencias más importantes que han sucedido con esta persona y que seguramente usted conoce —si no es así, lo pongo en su conocimiento, ya que evidentemente no afecta a la época en la que usted estaba en el desempeño de su actividad actual— es que en el proceso de puesta en funcionamiento del CISA aparece, de una empresa de mantenimiento, desgajada de la empresa constructora inicial llamada Cubiertas-MZOV, una información que revela que tanto el arquitecto constructor como el señor Sánchez Vizcaíno han comprado, cada uno de ellos, el 40 por ciento de las acciones de la empresa Actuaciones Integrales de Seguridad Biológica, a la cual se adjudicó por valor de 100 millones de pesetas al año las actividades de mantenimiento, a través de una mesa de contratación de la que formaban parte ambos. De estos hechos se tuvo conocimiento por una denuncia anónima en el año 1995, que da lugar a un proceso de investigación, a resultas del cual se prohíbe a la empresa participar en ningún otro concurso para la atribución de servicios y se suspende durante dos meses al director del Centro. Sorprendentemente, dos meses que está en funciones, pasados los cuales se le ratifica en su puesto, a pesar de haber incurrido en un hecho de corrupción directa —no se puede decir de otra manera— como en el que había incurrido.

Estoy relatando la información a la que he tenido acceso, buena parte de la cual está bien documentada; yo le rogaría que el resto, si no es veraz, pueda contradecirla con toda la seriedad que tienen las palabras de la Administración en el Congreso de los Diputados. Con ocasión de la guerra del Golfo y ante el riesgo de guerra biológica, el director de este centro se ofrece a la OTAN para la elaboración de vacunas, recombinantes contra agentes químicos y biológicos por ataques bélicos, a condición de que nunca se hable de guerra biológica. Ante las denuncias surgidas, este proyecto parece que no continúa adelante. No obstante —y, como es información verbal a la que voy a hacer referencia, le ruego que la corrobore o la desmienta—, con ocasión de un congreso en Santiago de Compostela, en septiembre de 1997, el comandante veterinario Luis Martín Otero, de la unidad contra la guerra nuclear química y biológica, con toda naturalidad informa a los investigadores de la existencia de un acuerdo entre el INIA y el Ministerio de Defensa, que se refiere a las vacunas contra agentes patógenos de la guerra biológica.

Más allá de la respuesta del presidente del INIA que he recibido negando estos hechos, tengo que decirle que no solamente ha sido la información de una persona, a quien yo no tengo el gusto de conocer, sino que el propio presidente del INIA, en 1997, ante la junta de personal del INIA, ratifica, como una experiencia, que puede desarrollar las actividades de los centros, la existencia de un convenio con el Ministerio de Defensa en relación con actividades de la OTAN y del Cesid. Y, si usted me lo permite, desconozco qué pinta el Cesid en estas historias, aunque la participación de la OTAN está bien clara.

Hay otros hechos mucho más concretos y mucho más graves, a mi juicio, que tienen que ver con actuaciones técnicas, decididas fundamentalmente por el director del CISA, que no pueden calificar su gestión de otra manera que no sea la de irresponsable y aventurera. Cada vez que surge un conflicto relacionado con la sanidad animal, esta persona reclama para este centro la competencia técnica para realizar las labores oportunas en relación con los temas que así se planteen. Uno de ellos es el relacionado con la peste porcina clásica. Como SS. SS. saben, a raíz de un brote en la provincia de Lérida, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, se conoce la existencia de esta enfermedad entre los cerdos. Las afirmaciones que voy a hacer son las siguientes: Hay una técnica de referencia, reconocida por el Centro Internacional de Epizootias, al que usted ha hecho referencia y que sirve como guía científica a los laboratorios del tipo de técnicas a utilizar como medios diagnósticos. Esta técnica es la inmunofluorescencia directa sobre tejidos. No obstante, en este centro está utilizándose a mansalva la técnica RT-PCR que se ocupa de la detección de material genético del virus en muestras biológicas. Esta técnica está calificada por los organismos científicos a los que he hecho referencia como una técnica poco específica, sobre todo cuando se está manejando en una cantidad de muestras que alcanza la cifra de las 5.000 diarias. Poco específica, como usted sabe, quiere decir que hay gran cantidad de falsos positivos. Eso ha hecho, señor subsecretario, que en la provincia de Segovia se mate prác-

ticamente la mitad de la cabaña de cerdos. Han desaparecido granjas enteras de hasta 10.000 cerdos cada una, sin que haya un solo animal con síntomas y con una prueba de diagnóstico calificada, desde el punto de vista técnico, de estas características.

Yo no puedo por menos que preguntarle cómo es posible que, si lo que digo es cierto, si se están utilizando técnicas que son identificadas como técnicas poco específicas, con muchos falsos positivos, se estén utilizando estos medios diagnósticos, máxime cuando están teniendo consecuencias económicas gravísimas, no sólo para los propietarios de granjas de cerdos, sino para las ingentes subvenciones que desde el propio Ministerio de Agricultura se dan a las empresas afectadas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Señora Maestro, le ruego concluya.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Yo no puedo menos que preguntarme si no hay intereses comerciales no explícitos cuando estas acciones se están llevando a cabo y cuando hay grandes territorios de nuestro país implicados.

El último caso al que me quiero referir, y que me parece de gran gravedad, es el referente a las actuaciones en la enfermedad que afecta a los conejos, a la mixomatosis, y a la neumonía vírica. El CISA ha procedido a poner en marcha un procedimiento que se pudiera calificar como proyecto de vacuna para los conejos, frente a las dos enfermedades, por el procedimiento de insertar el gen del virus atenuado de la enfermedad hemorrágica dentro del virus de la mixomatosis. El procedimiento consiste en introducir este virus a un artrópodo, a una pulga, que evidentemente actúa en el campo abierto, pensando que, al pasar de un conejo a otro, se pudiera producir una vacuna generalizada frente a los dos. Este procedimiento no es un invento de nuestro país, por suerte o por desgracia, sino que es un procedimiento patentado por investigadores franceses y que no se ha puesto en marcha porque tanto la legislación europea, en general, como la francesa, como la ley de organismos modificados genéticamente, que fue tramitada en esta Comisión de Sanidad, lo impiden. Usted sabe muy bien que las cautelas y el tiempo transcurrido a la hora de liberar en campo abierto organismos modificados genéticamente son importantísimos, por el gran riesgo que pudiera comportar.

He recibido también respuesta suya negando que, a través del convenio de 100 millones de pesetas entre la Federación Española de Caza y el INIA, haya proyectos concretos de liberar a campo abierto las pulgas con determinado virus. Eximo a SS. de su lectura, pero obran en mi poder en torno a 30 órdenes de comisiones de servicio encaminadas a visitar granjas, en diferentes comunidades autónomas, y cotos de experimentación y seguimiento. ¿Quiere decir seguimiento de actividades que se están realizando en campo abierto? ¿Toma de muestras en explotación para selección?

Señor subsecretario, señorías, creo que hay suficientes muestras de que en este centro de Investigación en Sanidad Animal se están tomando decisiones que, insisto, solamente pueden calificarse de aventureras. Me parece que la

irresponsabilidad en la gestión de este centro pone en peligro precisamente ese bien que creo que todos los grupos parlamentarios y la propia Administración estamos interesados en preservar, que es el buen nombre y la calidad nacional e internacional de los centros de investigación de nuestro país, máxime cuando hay fondos públicos tan cuantiosos como éstos. En este momento se está procediendo a la tramitación de la licencia de apertura, desde el año 1993, no hay plan integral de residuos, no hay estudios de impacto ambiental y se está procediendo con ignorancia absoluta de los trabajadores de qué sustancias están manejando. Termino con el último ejemplo. En los últimos meses hubo una mortandad de monos en el Zoológico de Barcelona; se hablaba de que la causa de su muerte podía ser que estuvieran infectados con el virus Ébola, altamente mortal tanto para los monos como para los seres humanos. Dichos monos fueron abiertos en canal y a nadie se explicó cuáles habían sido los resultados de la investigación; la información que se les dio es que se suponía que una intoxicación alimentaria era la causa de muerte, sin que los investigadores que se ocupan de toxiinfecciones alimentarias hubieran visto a ningún mono ni tuvieran nada que ver.

Mi intervención concluye con lo siguiente: Hay datos creo que serios, no para proceder a introducir alarma social innecesaria, pero sí para exigir de la Administración que actúe como corresponda con gestores como el señor Sánchez Vizcaíno, que inicia su gestión con un elemento de corrupción directa como el que he mencionado y que, con una irresponsabilidad absoluta, se dedica a meter a nuestro centro de alta tecnología y de alto nivel en investigación en sanidad animal en aventuras con riesgos económicos y de seriedad —me he referido exclusivamente a los riesgos económicos en el caso de la peste porcina clásica, pero es nula la eficacia en el control de los brotes y en la erradicación de enfermedades— o en la paralización de cualquier proyecto como el que tiene que ver con la mixomatosis y con la enfermedad hemorrágica de los conejos, en el caso de que se proceda a su liberación en campo abierto. Los trabajadores, sobre todo los investigadores, han solicitado ya por tres veces el cese de determinada persona. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Espero su información para obtener las explicaciones oportunas y, en su caso, para que admita que las denuncias que se están llevando a cabo son de la suficiente entidad como para que la Administración tome alguna medida, más allá de las implicaciones técnico-jurídicas relativas a la licencia de apertura a la que el señor subsecretario ha hecho referencia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Seré lo más concisa posible, pero, después de lo que se ha dicho, que son cosas realmente importantes, no tengo más remedio que hacer uso de la palabra, aunque desde luego de forma mucho más breve que mi antecesora.

Bienvenido, señor subsecretario. Esta Comisión le agradece su comparecencia, porque creemos que es alta-

mente interesante, sobre todo porque va a aclarar seguramente muchas de las cosas tan graves que se han expuesto; más parece que estemos en una película de ciencia-ficción que en el mundo real. Si todo lo dicho fuera realidad, sería como para ir prendiendo fuego laboratorio por laboratorio en este país, no dejando que se pueda tener ni siquiera el desarrollo normal que necesitamos.

El INIA tiene varios laboratorios que son un orgullo para los que, como los que nos dedicamos a I+D, los conocemos; son un orgullo de la investigación biológica en España y nos sentimos altamente satisfechos de casi todos los que conocemos, con todas las deficiencias que todavía tiene el sistema de investigación española. Tiene una línea ascendente y, sobre todo, tiene el respaldo de casi todos los grupos políticos, porque vemos que la investigación es siempre un camino de futuro. Del Centro de Investigación en Sanidad Animal ha sido quizás del que más ha hablado mi antecesora en el uso de la palabra.

De su intervención, señor subsecretario, hemos podido conocer que esas actividades que se derivan son importantísimas. A nosotros nos parece altamente satisfactoria la cooperación con otros países, de un alto interés sanitario, puesto que las comunicaciones en el siglo XX han hecho que la sanidad no se pueda circunscribir a un determinado país, sino que tienen una proyección internacional y la cooperación en proyectos de investigación y de apoyo al diagnóstico y a programas de erradicación de enfermedades infecciosas animales son proyectos al fin y al cabo de bioseguridad internacional. Algunas de esas investigaciones infecciosas, exóticas y de alto riesgo para España, son también un motivo de seguridad para nuestros animales.

La investigación y desarrollo de vacunas de nueva generación y de nuevos métodos rápidos y precoces, que se han presentado como algo monstruoso y como algo que pueda en un momento determinado atacar a la humanidad, son el futuro por el que la investigación, la biología molecular, va en este momento, así como el camino de los nuevos medicamentos. No sé si habría que volver al siglo pasado o a los métodos tan importantes, pero tan lentos, que se siguieron en microbiología en sus comienzos, por ejemplo.

También son muy importantes, y aquí se les ha dado una vertiente distinta, los problemas toxicológicos que afectan a nuestro medio ambiente y a nuestro desarrollo. Los problemas de contaminación medioambiental son de una enorme importancia y quiero hacer hincapié en la alta labor que se está llevando a cabo en actividades como la peste bovina, la peste porcina africana, la peste porcina clásica y la viruela ovina. Estas actividades nos enorgullecen enormemente. Estos centros son centros de investigación de vanguardia en nuestro país, con reconocimiento internacional, puesto que en 1995 el CISA fue incluido en el catálogo de grandes instalaciones científicas de España. Ha obtenido la primera vacuna frente a la peste equina africana, que ha sido todo un diagnóstico diferencial entre animales vacunados y animales infectado por este virus.

Ha hablado la señora Maestro de técnicas de PCR. Hoy día, el desarrollo de estandarización de estas técnicas de diagnóstico es enormemente importante, así como las acti-

vidades con anticuerpos monoclonales. Y sobre todo algo que para mí ha sido sorprendente, que es la forma en que se ha interpretado lo que es la vacuna del virus de la mixomatosis, enfermedad hemorrágica del conejo, que se obtiene por unos métodos sobre los cuales, tal y como aquí se han descrito, señora Maestro, con todo respeto le diré que me parecía que usted oye campanas y no sabe dónde, porque o estábamos aquí en los años 20 buscándonos la pulga como la Chelito en el cuplé o no sabemos de lo que estamos hablando.

Sabemos que se ha experimentado con una vacuna viva que se transmite de un animal a otro y que el laboratorio ha experimentado si vía artrópodo esa vacuna puede pasar de un animal a otro, pero no se ha liberado al medio ambiente. Es una vacuna igual a otras con las que se experimenta todos los días en centros de microbiología, pero se está haciendo con la máxima seguridad y me parece que alarmar a la población por estos métodos es caer en una demagogia bastante irrelevante que no conduce nada más que a un miedo a la ciencia y a la seguridad de nuestra propia salud, porque sería muy interesante que, una vez que pasara los niveles del laboratorio y cuando se vea si los peligros que puede o no puede conllevar son eludidos, nos librara de una enfermedad que en este momento es muy importante en España y en otros países. Así pues, vamos a hablar con seriedad, porque cuando se dicen cosas tales como que se ha liberado y que se está transmitiendo vía artrópodos, en ese caso yo creo que a usted no le han informado de esta situación.

En estas cuestiones, yo creo que también tiene importancia el que se hable, por ejemplo, de que se están utilizando técnicas de PCR que son poco específicas. Dígame usted a qué otras técnicas se puede recurrir en esta investigación que sean más específicas, porque la inmunofluorescencia directa sobre los tejidos es una cosa y las técnicas de PCR en investigación microbiológica es otra. Es importante saber quién, cómo y dónde se da la información y que dicha información sea rigurosa y que tenga su importancia.

Usted hablaba también aquí de que, por ejemplo, a veces se vacuna a algunas personas contra la hepatitis. Naturalmente, a la gente que está en contacto con animales hay que vacunarla contra la hepatitis, lo mismo que en algunos hospitales o en algunas prisiones se vacuna también a personas que están en contacto con otras personas de riesgo. Por tanto, vamos a hablar de que se está trabajando con animales.

Ha hablado usted de la cuestión de Defensa y yo me creía que estaba en una película del Agente 007. Todo lo que hay es un convenio con Defensa para transferir información y tecnología en materia científica y hay unos científicos de Defensa que van al área de investigación de sanidad ambiental para aprender tecnología de detección de tóxicos, que es muy importante a todos los niveles y no sólo al de la Defensa. El medio ambiente es una cosa en su conjunto y nosotros no entendemos el porqué las cuestiones que sean de sanidad animal no lo pueden ser también de sanidad nacional a otros niveles.

No quiero extenderme, ya que el señor presidente, como me aprecia mucho, me ha hecho una seña, puesto

que sabe que todos estamos pendientes de la hora, queriendo cortar y deseándolo todos, y yo personalmente también, pero me parece que este centro no ha tenido nada más que un problema administrativo de tipo legal, no creado por los gestores que hoy son los responsables de su área. En un momento determinado, que yo tampoco quiero enjuiciar, porque me parece que es una cuestión legal que hubo ahí, o quizá fue por un malentendido, no se obtuvo un tipo de licencias, lo que dio lugar a una serie de cuestiones en cadena, pero en este momento la Comunidad de Madrid, gobernada por el grupo de la portavoz que en este momento les está hablando, ya ha iniciado la legalización de todas estas irregularidades administrativas que venían predispuestas por una falta de información anterior. Tampoco quiero enjuiciar el asunto, pero a nosotros nos hubiera gustado mucho más encontrarnos con todas estas cuestiones legalmente solucionadas y no tener que entrar en ellas. En otras cuestiones en las que usted ha entrado a título personal, me imagino que las personas afectadas preferirán hablar de esto en otro ámbito, ya que están en su derecho y pueden hacerlo, porque aquí se han dicho cosas de extrema gravedad.

Nosotros, como españoles y como científicos —por qué no decirlo—, nos sentimos muy contentos de la actividad y de la investigación que en este momento realiza este centro, que está en concordancia con las exigencias del mundo actual y cuya labor es muy importante porque las consecuencias de las enfermedades que evita, y que ha sufrido España, sí que son lamentables económicamente. Recordemos, por ejemplo, la peste porcina africana o la aparición de patologías ambientales en diferentes áreas agropecuarias. Sabemos que en este centro español se cumplen todos los requisitos que para este tipo de investigación se requieren, y por eso es comparable a los centros de alta seguridad de sanidad animal y pertenece al grupo de trabajo internacional de seguridad biológica veterinaria. Además, está considerado en un nivel de seguridad biológica 3 —el BSL-3 que usted conoce— y es un mecanismo de seguridad reconocido y que ha seguido las directrices internacionalmente aceptadas que han partido de organismos como la Organización Mundial de la Salud o el NIH, que es un laboratorio de referencia de la Unión Europea para muchos de los datos sobre los que nosotros hemos hablado aquí en este momento.

No quiero entrar en más cuestiones técnicas en mor de la hora, señor presidente, pero rogaría que cuando haya que plantear muchas cuestiones, se haga en tres comparecencias y, si las cosas son tan graves como para que tengamos que traer aquí al 007 —o a quien haga falta— para investigar todas estas cuestiones de guerra bacteriológica en la que parece que estamos todos sumergidos, por lo menos, podamos hablar con seriedad de lo que es la transferencia de información científica-tecnológica entre los diferentes OPI de este país —los organismos públicos de investigación—, de los que nos sentimos, como portavoz del Grupo Parlamentario Popular en la Comisión de I+D del Congreso de los Diputados y como vocal de esta Comisión de Sanidad, enormemente satisfechos.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar, señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN** (Lamela Fernández): En primer lugar, quiero agradecer el tono de las intervenciones de la señora Maestro y de la portavoz del Grupo Popular.

Dado lo avanzado de la hora y teniendo en cuenta la cargada agenda de la Comisión, voy a tratar de contestar de la manera más rápida posible, pero sí, necesariamente, tengo que entrar en algunos temas a mi juicio importantes que se han puesto sobre la mesa y en algunas cuestiones que yo considero, incluso, de extrema gravedad, coincidiendo en este caso con el diagnóstico de la portavoz del Grupo Parlamentario Popular en que parece más una película de ciencia-ficción.

En principio, pensaba que veníamos a hablar de bioseguridad, pero parece que se trataba de reconducir el tema de la bioseguridad al tema de la corrupción; y no son palabras mías, se ha hablado de corrupción directa. En todo caso, voy a tratar —insisto— de hacer un repaso a la intervención de la señora Maestro en la medida de lo que he podido apuntar, esperando que, por lo menos, no se me escapen las cuestiones fundamentales.

Evidentemente, yo no creo que viva en un mundo feliz; al revés, creo que suelo caracterizarme por ser bastante pesimista frente a determinadas situaciones. Lo que sí procuro, en este caso, es informarme, con personal científico y con personal técnico, contrastar la información, recabar datos y, lógicamente, en base a hechos constatados, extraer conclusiones. Y con esa filosofía he venido precisamente a esta Comisión, con datos contrastados y constatados y, consecuentemente, con conclusiones que he tratado, en la medida de lo posible, de trasladar a sus señorías.

Coincido absolutamente con S. S. cuando habla del protagonismo que tiene que tener, en materia de prevención de riesgos laborales, los representantes de los trabajadores. No tengo más que decir que coincido absolutamente con ese posicionamiento, con ese diagnóstico y con esa valoración, porque además es el espíritu de la ley, como muy bien ha señalado. Sin embargo, siento tener que decir que la alusión que he hecho a una central sindical en mi intervención ha sido una alusión consciente y voluntaria, y que la omisión que he hecho de una central sindical ha sido igualmente una omisión consciente y voluntaria, y le voy a explicar por qué con todo género de detalles. Evidentemente, en los planes que se están siguiendo desde hace años en este instituto viene colaborando de manera voluntaria —como tiene que ser este tipo de actuaciones— el sindicato al que antes he aludido; no ha participado o no participa —por razones que personalmente ignoro, aunque sí me constan algunos documentos por los que puedo entender ese posicionamiento— el otro sindicato, que es el de Comisiones Obreras, representado en este órgano.

Lo que usted ha afirmado con contundencia sobre la absoluta ignorancia de los trabajadores de lo que se está haciendo allí, sobre la absoluta falta de información de los trabajadores de lo que se está haciendo allí, de ignorancia

respecto al tipo de virus manejados en el centro de CISA, necesariamente tengo que negárselo y lo voy hacer, una vez más, con documentos y no con palabras, ni con comentarios o cotilleos.

Tengo aquí una acta del comité de seguridad y salud laboral, firmado por todos los representantes del comité de salud laboral, en el que se les informa de múltiples cosas propias de este comité. Entre otras cosas, se les presenta el plan de salud laboral y se les ofrece en este caso, como es preceptivo, la posibilidad de observaciones respecto de este tema. En concreto, dice: Comparece en este acto doña Teresa Alonso Moreno, secretaria de Salud Laboral y Medio Ambiente, de Comisiones Obreras de Madrid, que parece como invitada en esta reunión ordinaria del comité de seguridad y salud laboral. Sorprendentemente, esta señora manifiesta en el acta, y así consta, que agradece haber sido invitada y que lamenta la ausencia de los dos delegados de prevención de Comisiones Obreras, ya que el interés de esta señora era contar con su presencia. No sé por qué no han ido los delegados de prevención de Comisiones Obreras. No sé si es que no se informa o que alguien no quiere ser informado o, simplemente, ya tiene su visión de la película y le da igual cualquier otro tipo de argumento o circunstancia al respecto.

Sin embargo, la incoherencia del planteamiento, por decirlo de alguna manera, es todavía mayor si se me dice que no se informa a los trabajadores, cuando el día 21 de noviembre de 1995 visita especialmente el centro CISA una delegación de Comisiones Obreras, solicitud realizada por ellos al centro de investigación. Recorren todo el centro CISA en los términos que ellos estiman pertinentes y, a mayor abundamiento, la confederación sindical de Comisiones Obreras, en carta de 27 de noviembre de 1995, que igualmente tengo aquí, remitida al secretario general del INIA en aquel momento, transmite el agradecimiento y la complacencia por la visita y por la información recibida respecto de este centro. Por lo tanto, no comprendo bien el planteamiento de la falta de información. Pero voy más allá, y no con documentos, cartas, comunicaciones o actas, sino con algo más genérico y al alcance de cualquiera como son las memorias del Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias de cada año. En estas memorias, que les dejó aquí para conocimiento de la Comisión, de manera exhaustiva y no sólo a título de difusión, se dice lo que se investiga y en qué virus se trabaja. Entiendo yo que de ahí deben extraer los científicos sus conclusiones sobre los riesgos que se corren. Esto es público, no destinado al personal de los centros del Instituto, como corresponde a cualquier memoria de actividades del organismo.

Desde el punto de vista de la información que me traslada, y que sobre ella, y con toda legitimidad, ha construido su intervención, quiero decirle que conozco un informe de la confederación sindical de Comisiones Obreras que se refiere, con carácter general, a determinados aspectos en materia de investigación de agentes biológicos y en materia de cumplimiento de la legislación de prevención de riesgos laborales, pero una parte fundamental del escrito se dedica de manera pormenorizada al CISA. En esa información que, en muchos casos coincide con bastantes

de sus afirmaciones en esta materia, también se falta al rigor. Una vez más, se vierte información, a mi juicio peligrosa desde la perspectiva que antes he puesto sobre la mesa de la posible alarma social que puede generar, que no creo que esté suficientemente contrastada y avalada con documentos, con hechos o con actos.

Me refiero a este documento, aunque tampoco es cuestión de que entre en detalles ahora mismo, y lógicamente también a afirmaciones importantes que usted ha puesto sobre la mesa —y que yo comparto una vez más— respecto a que es conveniente y necesario que no solamente hagamos un autodiagnóstico de las medidas que cumplimos, sino que haya elementos externos a los propios centros que nos diagnostiquen si cumplimos o no debidamente con las medidas de seguridad. Respecto a este quiero reiterarle que estos diagnósticos se realizan con una periodicidad absolutamente prevista por los organismos internacionales, que califican al CISA en este caso como lo están calificando y como S. S. conoce, y que evidentemente para ello requieren inspecciones previas, que no son inspecciones ni de la Administración del Estado ni de la comunidad autónoma ni del Ayuntamiento, sino insisto, de organismos internacionales, y que además, como no podía ser de otra forma, se acude evidentemente a asistencias técnicas e informes técnicos de entidades españolas, como es por ejemplo el que tengo ahora mismo aquí sobre la mesa, un informe de ensayo sobre valores de emisión fechado el 27 de abril de 1998, que concluye diciendo que los valores de emisión de todos los parámetros analizados cumplen con la legislación vigente. Y eso está realizado por Asistencia Técnica e Industrial, Sociedad Anónima Española, Atisae.

También quiero decirle algo que todavía no se ha producido desde el punto de vista formal o documental, pero sí de hecho, que es el aspecto de la percepción. Recientemente se ha producido una inspección de un organismo norteamericano respecto del CISA, y sin perjuicio de que todavía no tenemos sobre la mesa el informe de esta organización, las manifestaciones verbales a lo largo de la visita y las posteriores conversaciones mantenidas con los inspectores responsables de la visita, estoy seguro que nos permiten afirmar que será un excelente resultado una vez más en favor de la bioseguridad y de las condiciones de este centro.

En todo caso, estoy totalmente de acuerdo con usted en que mi obligación es comprobar todo lo que usted ha dicho, constatarlo, verificarlo y ratificarlo, o en su caso lógicamente adoptar las medidas necesarias para corregirlo, pero me da la sensación de que detrás de la información que usted tiene hay más un problema administrativo funcional que un problema técnico, jurídico o de bioseguridad; y eso quizá también usted debería de constatarlo y contrastarlo antes de revisar estas afirmaciones. En un centro en el que prestan su trabajo más de 170 profesionales, igual que en toda la Administración pública, como usted conoce muy bien, y en cualquier entidad incluso no pública sino privada, siempre existen sus diferencias, sus más y sus menos que pueden generar lógicamente críticas, en unos casos más o menos fundadas, en otros casos seguro que infundadas o nada justificadas.

También quiero decirle a S. S. que no despreciamos las exigencias normativas por parte del Gobierno actual, como usted dice, en relación con las presuntamente preceptivas autorizaciones y licencias que deben solicitarse para ese tipo de centros, hasta el punto de que esta Administración en el mes de julio de 1996, cuando se hace cargo del instituto, es la que solicita esa licencia. Por tanto, insisto, creemos que desde esa perspectiva esa afirmación por lo menos a esta Administración no le es trasladable, con independencia de que, insisto, detrás del tema existe una controversia jurídica evidente.

También se ha planteado algo que se residencia en el ámbito del Ayuntamiento de Valdeolmos, Administración local competente por razón de ubicación geográfica del centro al que nos estamos refiriendo. Me dice que licencia de instalación no es licencia de apertura. El trámite que está en marcha ahora mismo es licencia de apertura, evidentemente. En todo caso, existe ese informe favorable en un acta del Ayuntamiento, que también obra en mi poder. Además, respecto a este acta del Ayuntamiento también sorprende algo, algo que además después, en cartas posteriores cruzadas entre el señor alcalde y el director del centro, quizá se ratifica. El Ayuntamiento, como digo, emite el informe favorable, pero, después, no en este informe favorable, sino en una carta dirigida al director del centro muy recientemente, con fecha 20 de abril de este año, en contestación a unas alegaciones que realiza el director del centro a esa acta notificada al propio centro, dice que el Ayuntamiento no entra en cuestiones de complejidad técnica y que sólo realiza respecto al centro valoraciones políticas sobre cuestiones técnicas. Yo creo que realizar valoraciones políticas sobre cuestiones técnicas es siempre arriesgado si no se cuenta con el informe técnico previo. Por otra parte, el Ayuntamiento, en algún papel, en algún informe, reconoce que carece de medios técnicos para esto y que espera a lo que le diga la comunidad autónoma, que tampoco le ha dicho nada todavía. Insisto en que tampoco es demasiado comprensible esta posición.

Sí que es comprensible en una Administración local, no en ésta, sino en cualquiera, evidentemente, que trate de acceder al mayor beneficio cuando se realiza una instalación en su término municipal; al mayor beneficio, como siempre, en términos económicos, léase en infraestructuras, en dotaciones medioambientales o en otro tipo de usos. En ese sentido debe enmarcarse el tema del alcantarillado, que tengo noticias de que ha sido reparado por y con cargo al presupuesto del Estado, en este caso, evidentemente. En cuanto a las otras alegaciones que realiza, en el sentido de que sería magnífico que en lugar de una carretera hubiese prácticamente una autopista de comunicación con este centro para mayor facilidad en la evacuación, debo decir que lógicamente entiendo que entra dentro de esa política —insisto— lícita y honesta de cualquier Administración municipal de obtener el mayor beneficio posible respecto de cualquier instalación de este u otro tipo que se realice en su término municipal.

También creo que es importante hablar de lo que usted ha dicho: la preocupación que tiene por la rentabilidad de las inversiones que se realizan. Esa preocupación la tene-

mos en el Ministerio, se lo puedo asegurar, y está justificada porque es un centro muy importante que hay que conservar, mantener y potenciar, y que como he dicho antes —y usted lo sabe—, es uno de los siete del mundo, es centro de referencia mundial. Lógicamente, esa preocupación tiene que ir en consonancia, también estoy totalmente de acuerdo con usted, con la seriedad en la gestión, con la responsabilidad en la gestión y, claro está, con el resultado que esa seriedad y esa responsabilidad en la gestión arrojen como saldo, favorable o negativo, al término del período, por decirlo de alguna manera.

Desde este punto de vista, quiero decirles que el saldo es magnífico —todo es mejorable, evidentemente, pero el saldo es magnífico— y, lógicamente, algo tendrá que ver la gestión, digo yo. Además, es magnífico en términos, primero, científicos y, segundo, económicos, porque hay que ver los dos. Empezando por los segundos, económicos, estamos en un sistema que va a permitir y que está permitiendo incrementar la autofinanciación del CISA vía servicios, el año pasado hasta un 7,31 por ciento frente a un 2,72 en 1996 y un 0 por ciento en 1995.

El CISA sería costosísimo para el Estado, señoría, si no tuviese mecanismos de financiación y éstos sólo se obtienen prestando los mejores servicios, la mejor calidad en los servicios. El Estado financia la infraestructura del CISA, financia el mantenimiento básico del CISA, pero no puede financiar los proyectos del CISA, como S. S. sabe, porque esto costaría una carga adicional inmensa a los presupuestos del Estado. Pues bien, esta financiación se obtiene vía convenios, el 48,82 por ciento, vía proyectos de ámbito nacional, casi un 12 por ciento, proyectos de ámbito sectorial, casi un 16 por ciento, y, señoría, proyectos encargados directamente por la Unión Europea tras la verificación y comprobación de las instalaciones de estos laboratorios, en un 17,76 por ciento; esto, insisto, creciendo —si cogemos la película— desde el año 1993 al año 1997. En proyectos de investigación exactamente lo mismo, estamos hablando de 20 proyectos en el año 1997 frente a diez proyectos en el año 1995. Creo que es una cifra importante, evidentemente. En publicaciones exactamente lo mismo. Las publicaciones de estos centros, publicaciones científicas, son publicaciones que se conocen en todo el mundo, no en un ámbito estrictamente nacional.

Usted ha hecho referencia a algo tremendamente grave —a algunas cosas más, pero voy a referirme ahora a una de ellas—. Ha dicho que se han matado cerdos en Segovia, animales sin síntomas, cuando la epidemia de peste porcina clásica, y ha atribuido esa responsabilidad, no sé si directa o veladamente, al CISA y a su director. Quiero decirle, señoría, que la labor del CISA en estos años en materia de peste porcina, en definitiva, de lo que es el porcino en España, la realidad del porcino en España es absolutamente contundente, tan contundente que si cogemos el año 1997 el período enero-octubre, y si cogemos, en todo caso, desde el año 1986 hasta el año 1997, por ser más generosos, y vemos cómo evoluciona el comercio intracomunitario de porcino, hemos pasado de tener un comercio interno español sin posibilidad de exportación de porcino por motivos sanitarios a estar en 1997 en más de 160.000 tonela-

das métricas de exportación de porcino gracias al levantamiento de los problemas sanitarios y gracias a la actividad del CISA en este caso que es el que ha conseguido con métodos científicos el levantamiento de estos problemas. Esto, evidentemente, es riqueza para el sector del porcino y riqueza para la economía nacional.

Señoría, la curva se la voy a enseñar. Ésta es la curva de exportación del porcino, desde el año 1992 en que aparece el CISA hasta el año 1995 y la he explicado el porqué.

Evidentemente los estudios y seguimientos de enfermedades que se siguen en este centro y en otros centros del propio Ministerio, son estudios en materia en este caso de sanidad animal que son, digamos, auxilio de las comunidades autónomas, porque son las únicas que tienen competencia en España en materia de sanidad animal y eso hay que dejarlo aquí claro, señoría. El Estado español no tiene esa competencia, por tanto la decisión primera y última de si un ganado se mata o no se mata como consecuencia de una epizootia, evidentemente es de la comunidad autónoma, no del Gobierno del Estado, pero, como no podía ser de otra forma, el Gobierno del Estado si pone a disposición de las comunidades autónomas todos sus medios técnicos, científicos y por supuesto, si es necesario y cabe en el presupuesto del Estado, económicos, para ayudar ante una enfermedad y ante la difusión de una epidemia como puede ser ésta.

Evidentemente, señoría, le tengo que decir que las consecuencias de los sacrificios voluntarios y obligatorios que se han producido tanto en la Comunidad Autónoma de Castilla y León como en las demás comunidades autónomas que desgraciadamente se ven afectadas por la peste porcina clásica, estos sacrificios, insisto, señoría, se realizan después de un examen exhaustivo por nuestros laboratorios y por supuesto por laboratorios y especialistas de las propias comunidades autónomas. Son, por tanto, por decirlo de una manera que nos entendamos, diagnósticos conjuntos y compartidos y, sin embargo, las decisiones se adoptan desde la responsabilidad de la comunidad autónoma que es la que tiene la competencia. Pero estas decisiones, que son duras evidentemente y que se basan en criterios estrictamente científicos y aprobados por el Comité veterinario de la Unión Europea en un plan especial presentado por el Estado español a demanda del propio Comité veterinario de la Unión Europea, han permitido que hoy esté abierta una parte fundamental de España al comercio exterior en el ganado porcino y que no estén cerradas nuestras fronteras en materia de exportación de ganado porcino. Por tanto, me da la sensación que desde ese punto de vista, señoría, no se ha hecho nada mal en cuanto a este foco concreto que usted ha llamado de Segovia pero yo lo extiendo a toda España en materia de lucha contra la PPC.

En materia de mixomatosis y la vacuna de los conejos, la portavoz del Grupo Parlamentario Popular me ha hecho el trabajo porque ha señalado lógicamente de qué se está hablando. Veo que lo conoce correctamente y esto me agrada. Insisto en que se han hecho experimentos en laboratorio y no se ha hecho ninguna otra cuestión, pero evidentemente en este sentido con gran difusión internacional

por la importancia de este sistema que está siendo estudiado y desarrollado en el CISA.

Tengo, señoría, que decirle algo también respecto de otra afirmación tremendamente grave que usted ha vertido y en este caso con todo el respeto, lógicamente, a las posiciones personales y con todo el respeto a lo que entiendo que es, mientras no se me demuestre lo contrario porque me guío por el principio de presunción de inocencia, una actuación de un profesional del Ministerio de Agricultura y un científico al que de momento nadie discute que su reconocimiento español y mundial y que al menos desde la perspectiva científica lo tiene. Estamos hablando del director del CISA, nombrado en el año 1993, lo cual quiere decir que ignoro las razones que hubo en aquel momento para su nombramiento y sus vicisitudes, a las que usted ha aludido. Sí conozco, como ha señalado S. S., desde esa doble perspectiva, los resultados económicos y científicos del CISA y entiendo que son imputables a una buena gestión y a unos magníficos profesionales, evidentemente.

Sí conozco, porque he tratado de venir a esta comparecencia lo más documentado posible, que en un momento determinado se abrió, a instancias de mi antecesor en aquel momento, un expediente de información reservada al director, como consecuencia de determinadas denuncias o hechos. Es un expediente que está cerrado por la inspección general de los servicios en aquella fecha, con el visto bueno de mi antecesor, entendiendo que ese informe dice que no se encuentran responsabilidades ni hechos que induzcan a ellas.

Si usted cree sinceramente que hay supuestos de corrupción directa, eso debe llevarlo, señoría, al juzgado de guardia; porque si yo me encuentro con supuestos de corrupción directa, indirecta o presunta, ahí van a acabar. Considero desde ese punto de vista que verter una vez más afirmaciones de esta envergadura sin estar suficientemente documentadas es muy grave, en este caso no ya porque creen alarma social, sino porque se está atentando directamente contra el perfil de un profesional que tiene además unas responsabilidades públicas importantes.

Por tanto, insisto, sin entrar en más detalles desde este punto de vista, en que cualquier indicio que podamos tener, ahora o en un futuro, de cualquier irregularidad en el CISA o en cualquier centro del Ministerio, S. S. puede estar absolutamente tranquila porque este asunto —por mi propia formación— va a tardar muy poco tiempo en estar en la Fiscalía general del Estado o incluso en el juzgado de guardia, vía querrela. Se lo puedo asegurar a S. S. Pero le pido también, por favor, que cuando realice manifestaciones las contraste, las verifique y las documente de manera constatable, a efectos probatorios.

No quiero extenderme más. Simplemente añadiré que coincido con usted, y agradezco que crea que es innecesaria la alarma social, que no hay argumentos para ningún tipo de alarma social. Pero también quiero insistir en algo que había dicho antes. Usted habla de que no hay plan de gestión de residuos biosanitarios y fitotóxicos; aquí está el plan. Desde ese punto de vista, esa parte queda cubierta. Con esto he contestado, más o menos, a algunas de sus afirmaciones, entiendo que a las fundamentales.

En todo caso, insisto, agradezco la información que ha transmitido, tomo buena nota de ella. Puede estar segura de que vamos a estar atentos a cualquier tipo de hechos o circunstancias que puedan concurrir en este o en otros supuestos parecidos. Desde esa perspectiva lógicamente, le aseguro que soy consciente de que mi responsabilidad, evidentemente, es la de investigar cualquier hecho o indicio que pueda existir sobre cualquier tipo de conducta o actuación. Pero insisto una vez más en que eso ya lo hizo mi antecesor y el expediente quedó cerrado. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, se ha sobrepasado tres o cuatro veces el tiempo reglamentario en la intervención anterior. Creo que ha expuesto todo lo que ha querido; el señor subsecretario le ha contestado, creo, a todos los temas que ha planteado y el asunto está suficientemente debatido.

Si es para alguna precisión, le doy la palabra por un minuto. Desde luego, le pido que no reabra el debate.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Agradezco la intervención del señor subsecretario, pero también, en aras a mi credibilidad personal y a la del grupo parlamentario al que represento, me veo en la obligación de acreditar afirmaciones que he hecho, que evidentemente son serias, lo reconozco, sobre todo aquellas que se refieren a la corrupción; ésa es una acusación muy dura, muy concreta y que, por tanto, no se puede hacer alegremente. Creo que me he caracterizado por no hacerlo en ningún momento.

En cualquier caso, quiero decir que obra en mi poder —se lo facilitaré— un documento en el cual se acredita que don José Manuel Sánchez-Vizcaíno Rodríguez es propietario de 240 acciones de la empresa Actuaciones Integrales de Seguridad Biológica, que es la primera empresa que recibe el contrato para los servicios de mantenimiento, por un valor de 100 millones de pesetas al año, formando parte de la mesa de selección este mismo señor y el arquitecto constructor. Desconozco si es una actividad prescrita o no, pero está documentada suficientemente.

Yo sé que en los últimos tiempos, probablemente por toda la publicidad que se ha dado a determinadas preocupaciones, todo eso ha llevado a que en el centro se tomen medidas de seguridad para mostrarlas suficientemente actualizadas.

Tengo en mi poder una carta de la empresa Técnicos en Control de Proceso, S. L. —estoy hablando ofreciendo acreditación de lo que digo—, en la que dice al señor director del centro, en relación con una pasada reunión: Somos responsables de la ineficacia de un servicio que no realizamos. Según se desprende de su intervención, tienen serios problemas con los esterilizadores y no cuenta con personal cualificado para resolverlos. Es decir, es la empresa a la que se le pide acreditación acerca del funcionamiento de un mecanismo tan importante en la seguridad como son los esterilizadores. Esta carta es reciente, puesto que tiene fecha de 15 de abril de 1998.

Quería decir, finalmente, algo que me preocupa y sobre lo que acepto sus explicaciones. Querría que me garanti-

zara que en ninguna comunidad autónoma, ni siquiera en las de Murcia, Castilla y León ni de ninguna otra, están llevándose a cabo experiencias abiertas en relación con la vacuna de la mixomatosis y de la enfermedad hemorrágica del conejo. De todas maneras, con respecto a actuaciones, ya que es una actuación puntual, quiero poner en su conocimiento que el Icona, a principios de 1990, encarga al CISA actuaciones encaminadas a mejorar el diagnóstico de laboratorio de la enfermedad hemorrágica del conejo, con un contrato de 40 millones de pesetas para realizarlo, y que al final del mismo, dado que no se presentaron resultados de interés ni se publicó trabajo científico alguno, dio lugar a una queja formal del Icona al entonces director general del INIA, don José Manuel Hernández Abreu.

No obstante, por la no referencia a contratos o actuaciones en relación con vacunas recombinantes relativas a la guerra biológica —es una afirmación formal y contundente que, en todo caso, desmiente afirmaciones del presidente del INIA a la junta de personal y, dada la gravedad del tema entiendo que —con su ratificación hoy ante esta Comisión— supone la aseveración formal de que ningún tipo de contrato de esas características se está llevando a cabo.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar, señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN** (Lamela Fernández): Señor presidente, brevísimamente.

Empezando por el final, en cuanto al tema de la OTAN, de defensa, de todas estas cuestiones que se están planteando aquí, tengo que decir a S. S. algo que ya ha manifestado incluso la portavoz del Grupo Parlamentario Popular: que existe un acuerdo con el Ministerio de Defensa para formación de personal y detección de biotóxicos, evidentemente personal procedente de su centro de La Marañosa, pero no existe absolutamente nada más respecto a este punto. Por tanto, creo que con eso este problema queda suficientemente cerrado.

Respecto a lo que ha puesto usted sobre la mesa, la documentación a la que ha aludido, la carta que ha exhibido, lo primero que hay que ver es el contexto de la carta y a qué se está refiriendo, porque el contexto puede ser muy distinto. En un centro como éste, que lleva abierto desde el año 1993 y, podríamos decir en términos mercantiles, con una explotación encomiable desde el punto de vista de los trabajos que le han sido encomendados y de las responsabilidades que están asumiendo, es absolutamente normal, entiendo yo, que en su funcionamiento ordinario se produzcan intercambios de cartas de ese tipo y, además, que se precise dotaciones adicionales de personal cualificado, que es necesario, como usted señala. En ese empeño estamos, como ya he dicho anteriormente, y por eso hemos elaborado una nueva relación laboral de puestos de trabajo del INIA que implica, precisamente, una dotación adicional de personal, entre otros, para el CISA. Por eso en la oferta de empleo público de este año por primera vez en muchos años se ha incorporado personal científico al INIA, cosa

que, insisto, otros muchos años no se ha realizado. Y en esa línea estamos, porque coincido con usted en que es importante que exista ese personal cualificado.

La vacuna de los conejos sigue estando donde está, insisto, en el CISA, no fuera de él. Por lo tanto, no tengo que entrar en más detalles ni en más aseveraciones, entendiendo que goza de las correspondientes autorizaciones y de las correspondientes garantías biosanitarias.

En definitiva, quiero agradecerle, una vez más, la información que me ha suministrado. Le puedo asegurar que he tomado buena nota de ella. En el empeño de la mejora de la calidad del servicio y de la gestión de este organismo y de todos los dependientes de mi Ministerio, puede estar segura de que va a tener siempre un fiel colaborador en este subsecretario y en el propio Ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación por su comparecencia larga, densa, pero creo que convincente para la señora Maestro, que ha sido quien ha pedido su comparecencia. Se lo agradezco profundamente.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJOO), PARA INFORMAR SOBRE:

— **LA ACTUACIÓN DE LA DIRECTORA PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) DE BADAJOZ EN RELACIÓN A LOS HECHOS DENUNCIADOS POR LOS PADRES DE LA NIÑA MANE DARRA SECK MORENO. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 212/001244).**

— **CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO LA MUERTE, EL DÍA 13 DE MARZO DE 1998, EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA, DE UNA PACIENTE QUE AL PARECER LLEVABA TRES DÍAS HOSPITALIZADA EN UNA SALA DE TELEVISIÓN. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000631).**

El señor **PRESIDENTE**: Seguimos con el orden del día, que es la comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria, don Alberto Núñez-Feijoo.

Antes de darle la palabra, quería proponer a los portavoces del Grupo Parlamentario Socialista que contemplasen la posibilidad de que el señor secretario haga una sola intervención para las dos comparecencias. La presidencia respetará los tiempos de cada uno de los ponentes, pero con eso ganaríamos algo de tiempo. ¿Hace el señor secretario general las dos comparecencias y luego doy la palabra a cada portavoz por el tiempo reglamentario? (**Asentimiento.**) Les agradezco su condescendencia.

Sin más, tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria, don Alberto Núñez Feijoo, para ex-

plicar la actuación de la directora provincial del Instituto Nacional de la Salud de Badajoz en relación con los hechos denunciados por los padres de la niña Mane Darra Seck Moreno y para el informe de las circunstancias en que se produjo la muerte el día 13 de marzo de 1998 en el Hospital Clínico de Zaragoza de una paciente que, al parecer, llevaba tres días hospitalizada en una sala de televisión.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Gracias a los portavoces del Grupo Parlamentario Socialista por acceder a realizar simultáneamente las dos comparecencias.

El motivo de mi presencia, sin duda, es dar cuenta de dos acontecimientos —que adelanto que son lamentables— producidos en dos hospitales de la red del Instituto Nacional de la Salud. Agradezco al Grupo Parlamentario Socialista esta solicitud para aclarar y concretar las actuaciones realizadas y los hechos ocurridos en estos dos casos.

Empezaré por la explicación de la actuación de la directora provincial de Badajoz, en relación con los hechos denunciados por los padres de la niña Mane Darra Seck Moreno, permitiéndome hacer un breve relato cronológico del proceso clínico de la niña y de su estancia en los dos hospitales, tanto en el Hospital Clínico de Badajoz como en el Hospital infantil de La Paz.

El proceso quirúrgico al que fue sometida esta paciente podemos considerarlo, en principio, como una intervención quirúrgica sin complicaciones destacables, que se viene resolviendo habitualmente en nuestros centros hospitalarios sin que se plantee dificultad en cuanto a su ejecución. Sirva como dato que durante 1997 se han realizado en nuestros centros 8.643 intervenciones de adenoidectomías, algunas de ellas acompañadas por amigdalectomías de forma ambulatoria. Asimismo, también con ingreso en los hospitales, 3.714 procedimientos iguales se han realizado en 1997. Señorías, durante 1997, por tanto, se han realizado 12.357 procedimientos quirúrgicos similares, sin que en su resolución se produjera ningún tipo de complicación o problema destacable.

Empiezo la descripción cronológica de los hechos. El día 5 de marzo de 1997 en una de las consultas externas del hospital Infanta Cristina de Badajoz, la paciente presenta cuadros catarrales de repetición quincenal con dificultades respiratorias nasales y participación ótica. El 21 de marzo del mismo año se diagnostica una hipertrofia adenoidea. El 7 de octubre de 1997 se explora de nuevo a la niña, añadiéndose al diagnóstico anterior el de otitis media exudativa bilateral, prescribiéndose ya el tratamiento quirúrgico correspondiente.

La paciente es citada para ingresar en el centro el día 3 de diciembre de 1997, firmando la madre el consentimiento informado específico de la adenoidectomía. Previamente al ingreso se la explora, concretamente el día 26 de noviembre, en una consulta preoperatoria ordinaria que tiene establecido el servicio de otorrinolaringología de este hospital para revisar a los niños que van a ser intervenidos la semana siguiente. La razón de esta revisión previa no es

otra que efectuar una última comprobación para evitar suspensiones imprevistas el día de la intervención.

Como quiera que el doctor que la atendió aprecia en esta segunda consulta una otitis media exudativa muy importante decide que, además de la intervención de adenoidectomía, sean revisados los oídos en el mismo acto quirúrgico para ver la necesidad de colocar o no drenajes en los tímpanos. Además de lo anterior, prescribe a la paciente un tratamiento antibiótico mucolítico hasta el día de la intervención. En esa misma consulta se le explica a la madre detenidamente esta segunda intervención adicional propuesta y los riesgos, firmando ella el consentimiento informado correspondiente y específico a esta posible segunda intervención de drenaje transtimpánico.

El día 4 de diciembre de 1997, conforme a lo previsto, la paciente es intervenida quirúrgicamente. A las doce horas la niña entra en quirófano, se le monitoriza con un pulsioxímetro, procediendo el anestesista a la introducción de la anestesia. Dormida la niña, se procedió a completar el procedimiento anestésico, siendo las constantes vitales totalmente normales. Inmediatamente se procede a la realización de la intervención del primer oído, en este caso del derecho, colocándose en él un diábolo. A continuación, se procedió a explorar el oído izquierdo, comprobando así la necesidad de implantar en él un drenaje. Cuando la niña estaba siendo estudiada de este segundo oído, el pulsioxímetro comienza a detectar saturaciones de oxígeno más bajas de lo habitual en sangre. Ante este hecho, el anestesista, que estaba a la cabecera de la paciente ventilándola con mascarilla, observa que ésta —la paciente— efectúa movimientos respiratorios normales y, tras comprobar el pulso por palpación y de explorar a la niña, considera que es un fallo del pulsioxímetro, procediéndose al cambio del aparato y de su terminal. Este segundo pulsioxímetro señala valores normales de pulso y saturación con una onda cardíaca normal.

Cuando termina la intervención de este segundo oído, comprueban que la niña presente palidez labial e hipotonía, a la vista de lo cual se intuba orotraquealmente solicitando además la ayuda de otros anestesistas. En cuestión de segundo baja la intensidad de la onda del pulso y se monitoriza el electrocardiograma que registra asistolia, iniciándose inmediatamente maniobras de reanimación donde participan tres anestesistas.

La paciente tarda entre 5 y 7 minutos en recuperar el latido cardíaco. Se la traslada inmediatamente a la UCI donde se la diagnostica coma neurológico profundo. El electroencefalograma realizado el 5 de diciembre detecta una afectación cerebral difusa grave, los realizados posteriormente, los días 9, 15, 29 de diciembre y 2 de enero, informan ya de una afectación cerebral difusa muy grave. El día 2 de enero de 1998 la familia solicita el traslado a otro hospital para conformar una segunda opinión, traslado que, tras los contactos que se mantienen con el hospital infantil de La Paz, se produce el 12 de enero.

A su ingreso en el hospital La Paz en la unidad de cuidados intensivos pediátricos el citado día 12 la niña presenta un coma reactivo con escasos movimientos espontáneos y respiración espontánea. Valorada por el servicio de

neurocirugía el 16 de enero de 1998, se le coloca un tratamiento que, si me permiten, no detallo por entender que no procede, salvo que ustedes lo consideren oportuno. El 26 de enero inicia un cuadro de dificultad respiratoria y aumentan las secreciones; se le instaura, una vez analizado el expirado bronquial, un tratamiento antibiótico intensivo al que no responde, falleciendo por neumonía el día 31 de ese mes de enero.

Durante todo este tiempo los padres son informados de la evolución de la niña y de todos y cada uno de los pasos que se están siguiendo en el curso de su evolución clínica, tanto por los facultativos del primer hospital de Badajoz como por los del hospital La Paz.

Pasaré a exponerles aquellas cuestiones y actuaciones relacionadas con las denuncias presentadas por los familiares de la niña pocos días después de la intervención. Actuaciones que propician la entrevista con la directora provincial. Entrevista que mantiene con la madre y el abuelo de la niña por la que entiendo que ustedes han requerido mi presencia en este foro. El mismo día de la intervención el subdirector provincial de Asistencia Sanitaria pone en antecedentes a la directora provincial de este suceso que se produce en uno de los quirófanos del hospital Infanta Cristina. El día 12 de diciembre de 1997, es decir, ocho días después de la intervención y un mes y veinte días antes del fallecimiento, la madre de la niña comparece en el Juzgado de Guardia de Badajoz para presentar una denuncia sobre los hechos, que ella refiere, por si los mismos fueran constitutivos de infracción.

El motivo de la entrevista con la directora provincial es porque los padres dicen quejarse de la información que están recibiendo de hospital Infanta Cristina y desconocer el nombre de los facultativos que tomaron parte en la intervención, y que cuando han tratado de averiguar los hechos los médicos les han dado versiones en principio contradictorias. Por tanto, estas dos personas, tanto el abuelo como su madre, acusan una falta de información de los profesionales. Fue esta razón la que propició la entrevista con una persona responsable del Insalud no perteneciente al centro contra el que los familiares presentaban quejas de defectos de información.

Tras esta decisión la directora provincial pone a disposición de la familia cualquier centro sanitario —estábamos hablando antes de su traslado a La Paz— de la red pública al objeto de buscar una posible segunda opinión y un posible tratamiento que viniese a paliar las graves consecuencias que sufría la niña en ese momento, además de ofrecerle todo el apoyo que se ha de brindar desde la Administración pública cuando se producen estos hechos.

En esa entrevista la directora provincial entrega un informe, el informe médico solicitado por la familia y, advirtiéndole que puede tener muchas cuestiones técnicas y ser poco concreto desde el punto de vista de que sea susceptible de entenderse por un profano, solicita un segundo informe al objeto de que se aclare todavía más, si es posible, para que la familia cuente con él. Este segundo informe se deposita en la Dirección Provincial al cabo de unas horas —si quieren tenerlo está a su disposición—, y tiene unas matizaciones prácticamente inapreciables sobre el ante-

rior. Son dos informes que dicen exactamente lo mismo, aunque se utilizan menos tecnicismos en uno que en otro.

Por lo que respecta a la vía legal, con posterioridad a la entrevista —recordemos que la misma se produce el 14 de diciembre—, el día 16 de diciembre, cuarenta y ocho horas después, tanto la madre como el abuelo comparecen una vez más en el Juzgado y vierten una serie de acusaciones sobre la actuación de la directora provincial con la intención de incluirla como imputada en la causa. El día 20 de marzo de 1998 el Juzgado de Instrucción número 4 de Badajoz acuerda no haber lugar a proceder contra la directora provincial, sin tan siquiera tomarle declaración. El auto del Juzgado es muy claro y en él entiende el juez que no se impide ni se impidió en ningún momento un ejercicio del derecho constitucional de la demandante, prueba evidente ya que la demandante había interpuesto la denuncia cuarenta y ocho horas antes de la entrevista que mantiene con la directora provincial.

A modo de conclusiones, señoría, quiero mencionarles cuatro o cinco cuestiones de carácter general. En 1997 se han hecho 12.357 procedimientos quirúrgicos similares a los que se practicó a esta paciente ya fallecida. El 4 de diciembre de 1997 la paciente durante la aplicación de la anestesia y la intervención quirúrgica sufre una parada cardíaca que fue remontada, dejando como secuelas un coma profundo secundario a consecuencia del cual muere el 31 de enero de 1998.

El día 12 de diciembre, como veíamos, un mes y veinte días antes del fallecimiento y a los pocos días de producirse esta intervención quirúrgica, la familia acude y presenta una denuncia contra el equipo médico. Dos días más tarde de esta denuncia, se entrevistan con la directora provincial, que le facilita el informe y muestra su solidaridad, como no podía ser de otra forma, con esta familia, y cuarenta y ocho horas más tarde interponen también una denuncia contra la directora provincial, denuncia que no es admitida a trámite —insisto—, sin ni siquiera solicitar declaración a la directora provincial por el Juzgado de Instrucción número cuatro de Badajoz el día 20 de marzo de 1998. Hasta aquí, señorías, los hechos y los acontecimientos que han dado lugar a la intervención por ustedes solicitada.

Por acuerdo de la Presidencia, prosigo con la segunda comparecencia, al objeto de informar a ustedes, a instancias del Grupo Parlamentario Socialista, de las dificultades en que se produjo la muerte el pasado 13 de marzo, más concretamente en la madrugada entre el 13 y 14 de marzo de un paciente en el Hospital Clínico de Zaragoza. También con la misma sistemática que en la comparecencia anterior, vamos a dar cuenta de los acontecimientos desde la entrada en el hospital de la paciente hasta el momento en el que se produce su defunción.

Teniendo presente, en este caso como en el anterior, que está pendiente de resolución del Juzgado, dado que se han interpuesto las denuncias correspondientes, me limitaré lógicamente a una descripción de hechos sin entrar en ningún tipo de valoraciones que corresponderán a las autoridades jurisdiccionales, dada la situación en la que se hallan los dos procedimientos.

Nos encontramos ante una enferma que acude a los servicios de urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza a las quince horas del día 11 de marzo de 1998, remitida por un facultativo del centro de salud por presentar un cuadro de disnea de mínimo esfuerzo y edemas en las extremidades inferiores. El facultativo del centro aconseja su paso por el hospital para descartar patología pulmonar o insuficiencia cardíaca agudizada, tras haber sido diagnosticada los días previos de bronquitis y haberla tratado con antibióticos y corticoides. Tras el estudio correspondiente se procede en el servicio de urgencias a analizar a la paciente y se decide su ingreso en el servicio de medicina interna, quedando ubicada en un sala de estar o de televisión de la planta donde está el mismo servicio de medicina interna al no haber camas disponibles.

Al día siguiente, el 12 de marzo, a las diez de la mañana la facultativo responsable de las camas que tenía asignado en esa planta, realiza su historia completa y la exploración correspondiente, solicitando una serie de pruebas, modificando el tratamiento instaurado en urgencias parcialmente, según las necesidades clínicas observadas en ese momento. Se trata de una paciente de 79 años de edad, diabética, con una serie de complicaciones pulmonares y de insuficiencia respiratoria. Durante ese día, la paciente es tratada con fluidoterapia, diuréticos, antibióticos, pauta de insulina rápida y oxigenoterapia, utilizando para su aplicación una bala de oxígeno.

Durante el día 13 de marzo, al día siguiente, se observa en la enferma una buena evolución. Se retira la fluidoterapia y la ventiloterapia, aconsejando la administración de oxígeno sólo en el caso de que fuera necesario. En ese momento —insisto— se le retira.

Ese mismo día por la mañana la doctora responsable informó a una persona, que dijo ser la novia del hijo de la paciente, de su evolución favorable. Tras comentar la posibilidad de iniciar un tratamiento con insulina, esta persona, la novia del hijo de la paciente, manifestó la conveniencia de que se informara de ello a un pariente más cercano. En dos ocasiones, durante la tarde de ese día 12 y a primera hora de la noche de ese día, este facultativo pasó por la sala donde se encontraba la paciente, comprobando su evolución sin que se le informase de ninguna incidencia.

Por lo que respecta a la enfermería, durante el turno de tarde 8 fueron las ocasiones en las que la enfermera se desplazó a ver a esta enferma y 6 las ocasiones en que los auxiliares de enfermería se desplazaron a ver a esta enferma por causas diversas, entre otras, para la administración de medicamentos, para la ingesta de zumos y cambios posturales.

Durante el turno de la noche, la enfermera pasó en 6 ocasiones por esta sala, una, nada más incorporarse a su turno, a las diez de la noche, y las otras con intervalos más o menos regulares, siendo la última visita que realiza a las cuatro horas y treinta minutos de la madrugada.

En todas las visitas la enfermera comprobó que la paciente a la que nos referimos dormía plácidamente y respiraba con normalidad, sin que se percibiera ningún tipo de anomalía en su estado.

A las siete de la mañana del día 14, cuando la enfermera se disponía a tomar las constantes, encontró a la paciente

sin signos vitales, avisando inmediatamente al equipo de guardia, que en cinco minutos se presentó en la sala y no pudo hacer sino confirmar la defunción de la misma.

Me gustaría en este punto explicarles, señorías, que en esta misma sala y durante esa noche estaba ingresada otra paciente, la cual en este caso sí estaba acompañada por un familiar. Pues bien, ni la paciente, ni la acompañante percibieron ningún cambio, ningún movimiento, ni ninguna reacción extraña que pudiera haber efectuado la paciente antes de fallecer.

Al no estar ningún familiar presente durante esa noche, se les intentó localizar en varias ocasiones, sin conseguirlo. El citado responsable comprobó, en primer lugar, que en el teléfono que constaba en la historia clínica no contestaba nadie, realizando un nuevo intento que volvió a resultar fallido. En vista de ello, se acordó avisar a la Policía municipal, como es costumbre, mientras se amortajaba a la fallecida, trasladándola al tanatorio.

Mientras tanto, las enfermeras de la planta consiguieron el número de un teléfono móvil que una de las hijas le había dado a la acompañante de la otra paciente ingresada en la sala, pudiendo así localizar a esta hija, que se personó en el hospital para identificar a la fallecida, su madre.

El médico entrante de guardia fue requerido a las 14 horas por los dos hijos de la fallecida, ya personados en el hospital, para recabar información sobre las circunstancias en las que se había desarrollado la muerte de su madre.

Durante la conversación mantenida entre el médico de guardia y los hijos de la paciente en ningún caso estos últimos manifestaron queja alguna sobre la asistencia médica recibida, comentando, eso sí, que iban a interponer una reclamación, sin precisar ante qué instancia, por la ubicación de su madre en la sala destinada a estar o televisión.

Posteriormente, se comprobó que la familia había presentado una reclamación en el Servicio de Atención al Paciente y una denuncia ante el Juzgado de Guardia. Dicho juzgado solicitó por fax la entrega del cadáver de la fallecida para poder realizar la necropsia en el Instituto Anatómico Forense de Zaragoza. Al parecer, el fax fue remitido el domingo a un despacho de la dirección médica, que permanecía cerrado por ser festivo, por lo cual no se tuvo conocimiento del mismo —el juzgado no volvió a ponerse en contacto con el hospital— hasta la mañana del día siguiente, lunes 16, realizándose inmediatamente los trámites preceptivos para la entrega del cadáver.

A continuación haremos previsiones, insisto, sin ningún tipo de valoración definitiva, dado que es el juzgado el que está instruyendo esta causa. Las previsiones de la historia clínica, las previsiones de cómo se han sucedido los hechos nos llevan a creer (insisto, desde el punto de vista de previsión) que la asistencia prestada a la paciente fallecida fue en todo momento correcta, sin que la anómala ubicación de la misma influyera en ningún momento en su estado clínico. Creemos, insisto, que esta paciente hubiera evolucionado de igual forma en cualquier otro sitio donde hubiera estado ingresada, ya que en todo momento contó con una adecuada atención médica y de enfermería, produciéndose un cuadro clínico final inevitable.

Las razones por las que la fallecida se encontraba en una sala y no en la habitación, como es habitual, han de ser buscadas inevitablemente ante un hecho objetivo que es el plan director en el que, como ustedes saben, desde abril de 1996 está inmerso el Hospital Clínico de Zaragoza.

Saben ustedes que los planes de remodelación de los centros siguen un calendario en el cual de forma paulatina se van reestructurando distintas áreas, teniendo que producirse traslados y ubicaciones provisionales durante el período en que transcurren. En abril de 1996 se inician las obras, estando prevista su finalización para abril de 1999. Durante este tiempo se dispone de un 20 por ciento menos de camas. Sobre un aforo de 900, aproximadamente durante este tiempo sabemos que vamos a contar con unas 180 camas menos de las que habitualmente cuenta este hospital.

También de enero a marzo han entrado en funcionamiento, una vez remodeladas, las unidades del bloque quirúrgico, de urgencias, de UCI y de esterilización. Como ustedes saben, cuando ocurren estos sobreaforos suelen ser habituales las camas cruzadas en las habitaciones. En este caso, la planta 13 ya estaba remodelada y las habitaciones se ajustan a la capacidad de sus camas, sin que pueda cruzarse ninguna de ellas. La única solución que tenía el hospital, dado que también ese mismo día se estaba trasladando el servicio de urgencias y el número de *boxes* disponibles de urgencias imposibilitaba la permanencia de la paciente en urgencias, la única posibilidad de espacio que había en ese hospital en ese momento eran estas salas; salas que después de su remodelación disponen de servicio y que se encuentran dentro de la circulación de la enfermería de la planta, lo que propicia que en algunas ocasiones puntualmente se hayan utilizado para alojar pacientes en situaciones concretas y que describiré a continuación.

Las medidas que está adoptando y que ha adoptado el Hospital Clínico de Zaragoza durante la ejecución de las obras son dos: la primera, buscar en todo momento la posibilidad de derivar pacientes a otros hospitales de apoyo, bien sean públicos o privados (Hospital Militar de Zaragoza, Hospital Provincial San Jorge, Hospital Royo-Villanova, Hospital Provincial y Hospital Miguel Servet, también de la red Insalud) y la segunda, cuando el aforo no lo permite y cuando entendemos que la paciente ha de permanecer ingresada en el hospital, utilizar los espacios en él disponibles.

La causa de que esta paciente, junto con su acompañante, estuviesen ingresadas durante estos dos días en la sala viene como consecuencia del índice de ocupación alcanzado en el hospital: en el servicio de medicina interna el índice de ocupación estaba entre el 102 y el 106 por ciento durante los meses de enero a marzo; el índice total del hospital estaba en el 95,48 por ciento ese mismo día. También, como decía, ese mismo día, el día 12 de marzo, se procede al traslado de servicio de urgencias a su nueva ubicación, iniciado a las siete horas del día 12 de marzo de 1998, lo que imposibilitó contar con los *boxes* de urgencia suficientes.

A lo largo del día 11 de marzo, fecha en la que la paciente ingresa en esa sala, tanto los facultativos del servi-

cio de urgencias como los del servicio de admisión contactaron en diversas ocasiones con los hospitales referidos para solicitar camas, derivándose cuatro pacientes al Hospital Militar, un paciente al Hospital San Jorge y tres al Hospital Miguel Servet.

La paciente fallecida era una enferma crónica con historia en el hospital desde el año 1988 y que en los últimos cinco años había tenido que ser ingresada una vez al año en este hospital. Como consecuencia de ello, se consideró oportuno que su estancia y tratamiento fuera tutelado por los facultativos de medicina interna de este hospital, siendo preferible su ingreso en la citada sala que su traslado a otro hospital que no conocía ni la historia ni los antecedentes médicos y asistenciales de esta paciente de elevada edad. Como digo, al día siguiente, día 12, el índice de ocupación del hospital seguía en el 93 por ciento, teniendo que reservar algunas camas libres dado el número de personas provenientes de la unidad de cuidados intensivos y de las salas de despertar y de quirófanos.

Además, y con esto concluyo, la evolución del curso clínico de la paciente, como les he referido, a lo largo del día 13, horas antes de su fallecimiento, abrigó expectativas bien distintas de las que se produjeron aquella noche. También en nuestra opinión, según los datos que refieren del hospital, y a resultas de las conclusiones de la autopsia, creemos honradamente —lo creen los facultativos que han atendido a esta paciente— que la causa de la muerte pudo haber sido un infarto súbito que difícilmente podría haberse solucionado con independencia del sitio en el que se encontrase la paciente.

Señorías, concluyo diciéndoles que, en opinión de los que han estudiado este caso, a la pregunta de si ha habido una adecuada asistencia sanitaria la respuesta ha de ser sí; a la pregunta de si la ubicación física ha sido la adecuada la respuesta ha de ser no; y a la pregunta de si esa inadecuación física habrá perjudicado la asistencia que se le dio a la paciente nuestra opinión es que en modo alguno.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene, en primer lugar, la palabra el señor Fernández Marugán.

El señor **FERNÁNDEZ MARUGÁN**: Agradezco la amabilidad y la deferencia que ha tenido en múltiples ocasiones a lo largo de la mañana hoy, que ha sido prolija para todos los que habitualmente forman parte de esta Comisión y para quienes nos incorporamos accidentalmente.

Señor Feijoo, ha comenzado su intervención aportando un elemento singular. Ha dado un dato estadístico de operaciones similares a las que fue sometida, en su momento, la niña de dos años y cuatro meses Mane Diarra Sech Moreno, y nos ha dicho que en los hospitales públicos españoles en el año 1997 se han hecho 12.357 intervenciones similares y que puede haber errores en alguna de ellas. Sin lugar a dudas, puede haber errores en alguna de ellas, pero estamos hablando, señor Núñez Feijoo, de unas vulgares vegetaciones. Lo primero que tengo que decir es que a la hora de tipificar la enfermedad ha recurrido usted a lo que solemos hacer los profesionales, dar el nombre científico, con lo cual se puede producir un cierto elemento de oscu-

ridad. Estamos hablando de una niña de dos años y cuatro meses, sometida a una intervención de vegetaciones, que se acompañó de una revisión y de un drenaje en sus oídos y que, cuando se hace la primera revisión, el primer drenaje en uno de sus oídos y se pasa al segundo, se desencadena eso que llaman los profesionales de la medicina —a los que tengo un respeto considerable— un accidente anestésico del que derivan consecuencias lamentablemente graves: primero, una parada cardíaca más prolongada de lo debido que dura, según mi información, entre cinco y diez minutos, que determina un estado comatoso que desde el primer momento se vio de difícil recuperación dado que había perdido riego sanguíneo y había quedado sin oxigenar el cerebro durante un tiempo suficientemente dilatado. Eso ocasiona una situación que se alarga en el materno-infantil de Badajoz, que se prolonga lamentablemente para esta criatura en el infantil de La Paz de Madrid, que determina una segunda intervención instalándole una válvula como consecuencia de haberse detectado hemorragias cerebrales que determinaron 40 ó 50 días después el óbito definitivo.

He querido decir algunas cosas, aunque con menos rigor técnico del que puede emplear un profesional de la medicina, porque estamos hablando de un suceso ocurrido en la medicina pública española entre 1997 y 1998, pero estamos hablando de unas amígdalas. Puede haber incidentes de recorrido, pero me parece que el panorama que usted ha descrito aquí es un panorama que no voy a calificar, aunque es escasamente eficiente en términos médicos y administrativos. En términos médicos porque no podemos permitirnos ese tipo de fallos, o tenemos que hacer lo suficiente para que ese tipo de fallos sean harto infrecuentes. En términos administrativos por un hecho, el hecho de que vivimos, a Dios gracias y para ventura de todos nosotros, en una sociedad de derechos en ascenso, donde los ciudadanos quieren, pueden y me atrevería a decir hasta que deben reclamar de las Administraciones públicas, de los servicios públicos, un tratamiento y una condiciones que yo dudo que se hayan producido en este caso.

Me hubiera gustado que el señor Núñez Feijoo hubiera dicho que el Insalud ha tratado de averiguar qué es lo que ha ocurrido en ese quirófano y que se hubiera responsabilizado la medicina pública de determinar si pudo haber o no pudo haber un fallo mecánico o un fallo humano que afectó a una niña, y luego que hubiera tratado de comprobar si el resto de los servicios de la Administración, de la sanidad pública en Badajoz funcionaron adecuadamente. Yo he procurado tener una información directa de los afectados. Las informaciones que han aparecido indican que esta familia humilde —esta niña era hija de un ciudadano de color y una ciudadana española— requirió información del otorrino, requirió información de los médicos de la unidad de cuidados intensivos, requirió información del director del materno-infantil y requirió información de la directora provincial. Y es verdad que fue a los tribunales. No me gusta hablar de lo que haríamos todos y cada uno, no me gustaría poner a la niña ahí, pero lo cierto es que la niña entra el día 3, el incidente ocurre el día 4 —estamos hablando de diciembre de 1997—, la denuncia, si

no me equivoco, se produce el día 12 y la entrevista con la directora provincial se produce el 16. La directora provincial habla de pocas cosas referidas a la enfermedad de la hija de la señora Moreno, habla de algunas consecuencias que se podían derivar para el anestesista, para el director provincial, para el director del materno-infantil, para el prestigio de la medicina pública en Extremadura, pero yo creo que en estos casos y en estas circunstancias los servidores públicos —a mí no me ha costado nunca, lo he dicho muchas veces, sentirme funcionario público; tengo conciencia de haber hecho, antes que política, función pública— tenemos que hacer un esfuerzo muy claro y muy preciso para poner al servicio de los ciudadanos la información máxima posible sobre los eventos que han sucedido. Mire usted por dónde se le habló de los riesgos profesionales del anestesista, de los riesgos profesionales del director del materno-infantil, de los riesgos profesionales de la propia directora, de las dificultades del Hospital de Badajoz y del de Don Benito y, por qué no voy a decirlo, señor Núñez Feijoo, de las posibilidades de resarcirle materialmente con una cantidad, entre otras cosas porque la niña en aquel momento vivía, y si se hubiera mantenido en vida hubiera necesitado disponer de una cama para permanecer en el tiempo.

Yo sinceramente creo que nos hemos encontrado con un suceso —usted ha dicho— profundamente lamentable, pero tengo que poner en duda dos cosas: elementos de pericia profesional que el Insalud debería averiguar en la provincia de Badajoz, y no dejo de decir que me temo que hemos asistido a hechos de rudeza administrativa, de tosquedad administrativa. Lo menos importante en aquel momento, sinceramente, eran los 25 millones de pesetas que los familiares dicen que se les ofreció como consecuencia de que el hospital dispone de una póliza de riesgos para cubrir no sé si los accidentes, no sé qué contingencia, no sé si alguna indemnización por muerte, me gustaría saber a condición de qué se le ofreció a esa familia este tipo de resarcimiento.

Señor Núñez Feijoo, yo lo lamento, lo lamento inclusive como ciudadano. En España estas cosas se resuelven de otra manera; estas cosas no deben suceder en la medicina —no voy a decir qué tipo de medicina— española, pero cuando suceden estas cosas, los profesionales y los responsables administrativos y políticos quedamos emplazados. Sinceramente, para mi grupo, el comportamiento de la directora provincial del Insalud de Badajoz sólo merece una respuesta: su cese fulminante.

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

El señor **GIMENO MARÍN**: Agradecemos la comparecencia del secretario general, señor Núñez Feijoo.

La primera cuestión que le quiero plantear es que me da la impresión de que usted no ha dicho todo. Usted, como secretario general de Asistencia Sanitaria —decía algo parecido mi compañero en la intervención anterior—, la preocupación, la obligación fundamental que tiene es la de defender al conjunto de los ciudadanos y de la versión que

usted está dando yo tengo la impresión de que su preocupación fundamental no es defender a los ciudadanos, y quiero creer que el informe que usted tiene no procede del gerente del Hospital Clínico; supongo que no. Porque usted no ha dicho, por ejemplo, que ayer mismo fue aceptada una querrela por injurias contra el gerente del Hospital Clínico —creo que ha sido así— y que ha sido citado como imputado. Usted no ha dicho que el organismo público, el centro público difundió a los medios de comunicación unas afirmaciones que ponían en entredicho a la familia de la fallecida. Imagínese lo que le estoy diciendo; usted, que se ha preocupado tanto de decir que estamos en un procedimiento judicial y de alguna manera hay unos trámites judiciales. La señora fallece —luego hablaremos de ello— a las siete de la mañana y al mediodía la familia todavía no ha conseguido que nadie certifique de qué ha muerto, porque parece ser que ahí todo el mundo echa a correr y nadie asume la responsabilidad organizativa de definir quién hace el certificado de fallecimiento. En cualquier caso, como tienen que hacer, como cualquier ciudadano normal, denuncian —lo ha dicho usted— y terminan yendo al juzgado, pero terminan yendo al juzgado y resulta que en todos los medios de comunicación se encuentran con una denuncia hecha por el centro o con una comunicación a la opinión pública de unos hechos que, además, resulta que son falsos.

A mí hay una cosa que me ha preocupado de su intervención. Me ha dado la sensación —y quiero creer que no es así— de que cuando he hecho algún comentario sobre si los familiares estaban o no estaban quería deducir algo. Como los demás no sabían de qué iba el hecho, supongo que no lo podían relacionar, pero yo sí lo he querido relacionar. A lo mejor usted no, pero si hubiera conocido el ambiente de los medios de comunicación durante todos estos días alrededor del fallecimiento podría entender mi suspicacia cuando usted hace algún tipo de referencia a si estaba o no la familia.

Usted sabe que por el organismo se difundió públicamente a los medios de comunicación que la familia trataba mal a la fallecida. Luego, el responsable del hospital ha tenido que pedir disculpas públicamente, qué remedio, cuando se ha demostrado que los hechos son tan falsos como que los días en que se denunciaba esa mala atención a la pobre señora estaba en el hospital; supongo que no se referían a la mala atención del hospital. Y al final el juzgado ha tenido que admitir una querrela por injurias y también se está tramitando —no estoy prejuzgando, Dios me libre— una querrela por posible delito de imprudencia temeraria.

Yo creo, vuelvo a insistir —y no estoy entrando en si ha habido o no mala atención médica por parte de los profesionales; no voy a entrar en eso e incluso doy por supuesto que ha sido buena, ya que no tengo por qué tener dudas al respecto y, en cualquier caso, hay investigaciones abiertas y se determinará la existencia de ese tipo de responsabilidades—, que su papel es fundamentalmente defender al conjunto de los ciudadanos y, por supuesto, manifestar claramente cuál es la realidad, y con ello no quiero decir que usted tenga que estar en contra de, Dios me libre.

Al margen de la versión que aparece en los medios de comunicación, yo personalmente, como mi compañero —quizá por nuestra labor de diputados—, hablo también con los ciudadanos, y no sólo con ellos, sino también con los profesionales, porque al final uno tiene que hablar con todos, pero fíjese que cuando aparecen en los medios de comunicación hechos como el que nos ocupa, aparecen datos como el de la sala de televisión, que la ropa de la madre estaba en una bolsa en el suelo y ella estuvo tres días sin poder asearse —puede que sea una exageración, no lo sé—, que para avisar a las enfermeras tenía que golpear con un bastón en una mesa, que cuando llegaba su hijo —eso lo entiendo porque puede ser perfectamente compatible— la llevaba al baño —parece normal—, y que el sábado, día en que fallece a las siete de la mañana, al final del día seguía sin haber un certificado médico.

También hay que contrastar lo que usted dice con lo que dicen no los familiares, sino la Junta de personal del hospital, que dice que se han dirigido en reiteradas ocasiones a la dirección gerencia de ese centro para hacerles notar que la prestación sanitaria se está realizando en estos momentos en condiciones precarias —la Junta de Personal de la que forman parte Comisiones, UGT, CGT, USO, CSIF, etcétera— y que los cuartos de televisión no reúnen las mínimas condiciones para la instalación de pacientes. Y debe de ser así, porque después de lo que ha ocurrido se ha terminado, ¡qué remedio!, ya que la repercusión ha sido fuerte, pero hay cosas que no se han planteado. Y en el mismo mes, antes y después del hecho nos encontramos con cosas sorprendentes, señor secretario general; informaciones como que «el Clínico estrena medios del siglo XXI» (7 de marzo de 1998). Podría citarle otras cosas que aparecen después de los hechos, porque supongo que la obsesión es saber cómo se consigue olvidar semejante cosa, que va a ser difícil. ¿Por qué? Porque a mí me da la sensación de que existe una preocupación especial sobre lo que yo denominaría política de pasarela, que tiene muy poco que ver con la gestión. En la circunscripción de la que procedo tengo que estar oyendo hablar permanentemente de las enormes inversiones que se están efectuando. Lo malo es que se están gastando ustedes las del próximo Gobierno ya, no las de éste, las del siguiente, y cuando leo luego otro tipo de datos de los presupuestos, me encuentro con que las cosas son como son y, desde luego, no como dicen que son.

¿Y qué es lo que me parece a mí? Se han admitido dos querellas en este caso, dos, pero, al margen de eso, se están planteando muchas dudas. Por ejemplo, usted ha dicho que todo está bien, salvo que el lugar no era el adecuado, pero que lo demás estaba bien. Ojalá. Pero fíjese que el responsable de la sanidad aragonesa —le leo esto aunque podría leer todos los puntos que seguro que usted se conoce, porque todavía dicen muchas más cosas—, que forma parte de un Gobierno del Partido Popular, PAR, dice que la situación del Clínico es delicada —los únicos, asistencia en precario—, y usted dice lo que ha dicho, pero a mí me parece que ha dejado usted sin contestar muchas cosas y sin resolver muchas dudas que yo tengo y que le planteo en

este momento, porque aquí se trata de ver si el problema está resuelto para el futuro.

¿Desde cuándo se están utilizando las salas de televisión? Porque usted me ha dado un índice de ocupación del que se deduciría que están durmiendo en el suelo, porque está por encima de cien. Las camas que figuran en las salas de ocupación ¿figuran en los índices de ocupación? Yo le adelanto entre paréntesis, con interrogantes y comillas, que a mí me habían dado unos índices de ocupación más bajos, pero yo no tengo ningún dato para no creerle a usted; aquí me pillan. Yo tenía otro dato de los índices de ocupación en los meses de enero, febrero y marzo, pero, en cualquier caso, lo que le puedo asegurar es que, según los índices de ocupación de los demás hospitales a los que usted se ha referido, muchos de ellos podían haberse utilizado mediante acuerdo o convenios. Lo dice todo el mundo, porque, como todo el mundo sabe, en aquella comunidad autónoma y en Zaragoza se sabe que hay hospitales que están medio vacíos. Yo no entro ni salgo; seguro que usted sabe mucho más que yo de eso.

¿Quién es el responsable de que haya ocurrido lo que ha ocurrido en los medios de comunicación, denunciando a los familiares de esa señora? Porque si hay un responsable de eso, yo le pregunto si ustedes han tomado algún tipo de medida o expediente disciplinario para resolver lo que ha pasado allí; en el juzgado ya está y están citados como imputados.

Señor presidente, voy muy rápido. ¿No le parece a usted que es un poco vergonzoso que el hospital se meta con la gente que va allí? Aunque el hospital tuviera razón, pero es que en este caso, además, no la tenía. Yo creo que es gravísimo. ¿Es cierto que se estaban utilizando las salas de televisión para ingresar a pacientes de cirugía programada? No vaya a ser que sus obsesiones —o las obsesiones que puedan tener en aquel centro hospitalario— den lugar a que estemos planteando también las salas de televisión no sólo para cirugía de urgencias, que podríamos hasta entenderlo, sino para cirugía programada. Dicen que sí.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que termine, señor. La llamada telefónica que he recibido es un mandato de la Cámara al asesor letrado para que levantemos la sesión.

El señor **GIMENO MARÍN**: Le comprendo perfectamente. Voy a ir muy rápido, señor presidente, si me lo permite.

El señor **PRESIDENTE**: Perdone también el compareciente, señor Núñez Feijoo, porque no es un mandato de esta Presidencia, sino de la Presidencia de la Cámara.

El señor **GIMENO MARÍN**: Señor presidente, con la flexibilidad con la que entiende usted los mandatos, en poquísimos minutos habremos terminado.

¿Cuántas camas hay en las salas de televisión durante estos dos últimos años? ¿Es cierto que en el resto de los hospitales públicos de Zaragoza hay camas libres y que us-

tedes no las han utilizado en este caso, con el problema de las obras del Hospital Clínico? ¿Están haciendo algo para que la distribución de camas entre agudos y crónicos sea la adecuada? ¿Cuál es la situación de los planes estratégicos de los hospitales, incluido el Hospital Clínico, señor secretario general? ¿Es cierto o no que se pretende encargar a consultorías privadas esos planes estratégicos, incluido igualmente el del Hospital Clínico? ¿Es cierto o no que el Hospital Clínico está en una situación delicada, como dice el responsable de Sanidad?

Éstas son preguntas que usted debería contestar para dejarnos más tranquilos. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Dígame, señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Entiendo lo que manifiesta el señor presidente, pero si se suspende la sesión, debería continuarse mañana al finalizar el pleno, porque este tema exige clarificación y respuestas.

El señor **PRESIDENTE**: Pienso que lo que está en trámite lo terminamos, pidiendo, como ya lo he hecho, mucha brevedad.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, la comprensión es total. Es decir, se suspende la sesión inmediatamente y continuamos más tarde. Lo que no se puede hacer es negar a un grupo parlamentario el derecho a intervenir en un trámite. Acepto la suspensión, pero continuemos otro día. Si hoy no se puede, yo lo acepto, repito, pero habrá que continuar.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, solicito su comprensión porque estamos infringiendo el Reglamento.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Insisto, en que yo acepto que se suspenda la sesión, porque no quiero infrin-

gir el Reglamento, pero lo que no acepto es que, por la vía rápida, se me quite la palabra.

El señor **PRESIDENTE**: Apelo a la responsabilidad de los miembros de la Comisión. El tema está debatido salvo las intervenciones que restan y la contestación del señor compareciente.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Yo pediría que, bien esta noche, al terminar el Pleno, o cuando termine mañana, se continúe la sesión en el momento en que estamos.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Quizá sea lo más razonable, porque el señor Núñez Feijoo tendrá que responder, y tendrá que hacerlo adecuadamente, e interviendrá el Grupo de Izquierda Unida, aunque sea brevemente.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: ¿Mañana al terminar el Pleno?

El señor **PRESIDENTE**: Parece una propuesta más sensata que hacerlo al terminar el Pleno de hoy.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, el Grupo Parlamentario Popular considera que es lógico que el debate se ajuste en sus términos justos —valga la redundancia— con la intervención de todos los grupos parlamentarios que lo deseen, y creemos que sería mejor seguir mañana con dos puntos del orden del día porque la hora a la que pueda terminar el Pleno esta tarde es difícil de prever. Estamos de acuerdo en que se haga mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuaremos mañana a la finalización del Pleno.

Se levanta la sesión.

Eran las cuatro y cinco minutos de la tarde.