



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 585

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 32

celebrada el miércoles, 9 de diciembre de 1998

Página

ORDEN DEL DÍA:

Preguntas:

- | | |
|---|-------|
| — De la señora Novoa Carcacia (Grupo Socialista del Congreso), sobre opinión del Gobierno acerca de la legalidad y ética de la implantación del nuevo sistema de informatización (Tair) del consumo farmacéutico que permitirá tener una radiografía farmacológica de cada ciudadano. (Número de expediente 181/002007) | 17098 |
| — De la señora Valcarce García (Grupo Socialista del Congreso), sobre situación planteada por la adjudicación de la contratación por el Insalud del servicio de lavandería del hospital de León. (Número de expediente 181/001930) | 17101 |
| — De la señora Novoa Carcacia (Grupo Socialista del Congreso) sobre actuaciones para que se cumpla la normativa de venta a través de receta de los medicamentos que lo requieran. (Número de expediente 181/002006) | 17103 |

	Página
— De la misma señora diputada, sobre valoración de la eficacia de la ley por la que se regulan los servicios de las oficinas de farmacia. (Número de expediente 181/002008)	17105
— De la señora Montes Contreras (Grupo Socialista del Congreso), sobre explicación del incremento del porcentaje de accidentes sufridos por mujeres en el año 1997. (Número de expediente 181/002011)	17108
— De la misma señora diputada, sobre explicación del incremento del número total de accidentes domésticos, así como de las actividades de ocio en el año 1997. (Número de expediente 181/002012)	17108
— De la misma señora diputada, sobre actuaciones ante el aumento en el año 1997 de los accidentes por el mecanismo de exposición química o envenenamiento. (Número de expediente 181/002013)	17108
— De la misma señora diputada, sobre actuaciones ante el aumento en el año 1997 de los accidentes sufridos por mujeres. (Número de expediente 181/002014)	17108
— De la misma señora diputada, sobre actuaciones ante el aumento en el año 1997 de los accidentes por el mecanismo de caídas desde un mismo nivel. (Número de expediente 181/002015)	17108
— De la misma señora diputada, sobre explicación del motivo por el que los accidentes por el mecanismo de caídas desde un mismo nivel hayan aumentado en el año 1997. (Número de expediente 181/002016)	17108
— De la misma señora diputada, sobre explicación del hecho de que los accidentes por el mecanismo de exposición química o envenenamiento hayan aumentado en el año 1997. (Número de expediente 181/002017)	17108
Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Castellón Leal) para informar acerca de la posibilidad de publicidad engañosa en el folleto titulado «los campos electromagnéticos en nuestro entorno», editado por Unesa y con depósito legal M-27655-1997. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 212/001300)	17112

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

PREGUNTAS:

- **DE LA SEÑORA NOVOA CARCACIA (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO) SOBRE OPINIÓN DEL GOBIERNO ACERCA DE LA LEGALIDAD Y ÉTICA DE LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE INFORMATIZACIÓN (TAIR) DEL CONSUMO FARMACÉUTICO QUE PERMITIRÁ TENER UNA RADIOGRAFÍA FARMACOLÓGICA DE CADA CIUDADANO. (Número de expediente 181/002007)**

El señor **PRESIDENTE**: Damos comienzo a la sesión de la Comisión con el orden del día que SS.SS. conocen y en el cual se establecen algunas modificaciones. En primer lugar, vamos a proceder a dar la palabra a la señora Novoa para que formule su pregunta sobre la opinión del Gobierno acerca de la legalidad y ética de la implantación del nuevo sistema de informatización (TAIR) del consumo farmacéutico que permitirá tener una radiografía farmacológica de cada ciudadano.

Cuando quiera, señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor Núñez, en los objetivos para la atención primaria para 1999 el Insalud contempla el nuevo sistema de informatización del

consumo farmacéutico, que recoge datos de los pacientes y del consumo de medicamentos realizado por éstos. A través de esta medida, dicen perseguir ustedes, el incremento en la calidad de la prestación farmacéutica. Lo que es un claro atentado y un ataque a la intimidad personal de los pacientes lo transforman ustedes en calidad de la prestación farmacéutica, motivo por el que quiero saber cuál es el objetivo real que persiguen y si consideran legal y ética la implantación de este nuevo sistema.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Buenos días, señor presidente, señorías.

Señora diputada, intentaré contestar a las cuestiones que ha formulado en su pregunta. Creo que nadie cuestiona actualmente que la correcta identificación de los usuarios en el ámbito de los servicios públicos, y más concretamente en los servicios públicos sanitarios, es una necesidad de primer orden, tanto para mejorar la prestación de los servicios como para cerciorarse de la correcta utilización de los mismos.

La progresiva implantación en el ámbito del Insalud de la tarjeta sanitaria individual —proyecto iniciado en 1990, hace, por lo tanto, ocho años—, tarjeta dotada de una banda magnética que contiene los datos identificativos del usuario sanitario tanto en grabación magnética como en caracteres en el anverso de dicha tarjeta, supuso

una apuesta clara y creo que irreversible en este proceso del conocimiento de su utilización por parte de los usuarios del servicio público sanitario, en este caso concreto del Insalud. Por lo tanto, el TAIR no es más que otro instrumento, eso sí, necesario, pero que viene a complementar la apuesta, en mi opinión razonable y lógica, que se hace en 1999 sobre esta identificación de los usuarios del sistema sanitario. Como ustedes saben, señorías, la tarjeta sanitaria individual en estos momentos está implantada prácticamente en el cien por cien de los titulares o de los beneficiarios y la información de la misma está almacenada en las bases de datos de tarjeta sanitaria individual, con agregación a nivel local, es decir, gerencias de atención primaria, y a nivel provincial y central.

Es evidente que hay que buscar una justificación social de la inversión con fondos públicos cuando se decide hacer una tarjeta sanitaria individual y, además, mantenerla permanentemente actualizada. Hasta ahora, el uso de esta tarjeta como documento identificativo personal se ha venido desarrollando más bien poco, casi exclusivamente bajo un aspecto de reconocimiento visual, al no haber existido una extensión paralela de los sistemas informáticos de los centros de salud. La imposibilidad de utilizar la tarjeta de manera automatizada ocasiona situaciones como las que brevemente le describo a continuación.

En primer lugar, la identificación del paciente en las recetas de medicamentos se debe seguir realizando de forma manual por el médico mediante anotación de los datos en la casilla correspondiente; anotación que afecta a los apellidos, al nombre, al número de afiliación a la Seguridad Social, a la fecha de prescripción, etcétera. También la identificación del paciente en otros documentos derivados de la práctica clínica, tales como pruebas de laboratorio, radiodiagnóstico o remisión al médico especialista, debe realizarse de forma manual a pesar de la tarjeta, así como la cumplimentación y registro de los partes de baja, de confirmación y de alta en la incapacidad transitoria. Es decir, el Insalud dispone de datos de identificación individual de usuarios con una extensión próxima al cien por cien de la población protegida, pero sin poder utilizarlos de modo automático ni asociarlos a las recetas ni a otros documentos clínicos asistenciales. Es no lógico sino imprescindible que se prosigan los pasos iniciados con la tarjeta sanitaria en la implantación de un sistema que permita dar utilidad a dicha tarjeta, pudiendo identificar al paciente en la consulta del médico, en las recetas y en otros documentos clínicos, tales como partes de alta y de baja y solicitud de pruebas diagnósticas, terapéuticas o de laboratorio.

Para finalizar quisiera hacer tres consideraciones sobre este asunto que entiendo son compartidas al menos por la mayoría de SS.SS. En primer lugar, la correcta identificación de los usuarios es un objetivo absolutamente necesario e incuestionable. En segundo lugar, el establecimiento de la tarjeta abrió el camino para alcanzar el objetivo anterior. En tercer lugar, la implantación de un sistema informático que diera utilidad a la información recogida en la tarjeta permite dotar de una unidad real a la misma.

En cuanto a la justificación legal a la que se refiere S.S. he de decir que este tipo de proyectos, el de la tarjeta sanitaria individual y el de los que complementan

dicha tarjeta sanitaria individual, tiene amparo en tres leyes. La primera, en la Ley General de Sanidad del año 1986, donde se atribuye a las administraciones sanitarias la creación de registros y elaboración de información y análisis de la misma, necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria. El segundo refrendo legal lo obtiene en la Ley del Medicamento del año 1990. Esta ley prevé la obligatoriedad de los usuarios de justificar documentalmente su derecho a la prestación farmacéutica. También dicha ley establece que corresponde a las administraciones públicas la evaluación de las prescripciones por áreas, zonas, terapias, grupos poblacionales y otras circunstancias. Por último, hay amparo legal explícito en la Ley orgánica del año 1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, y se explicita que las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes —insisto, a las instituciones y a los centros sanitarios y a los profesionales correspondientes— podrán proceder al tratamiento automatizado de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Medicamento.

Por último, señorías, he de decirles que en ningún caso afecta a criterios legales ni a criterios éticos, porque no se pretende hacer radiografías de nada, sino que lo que se pretende es que exclusivamente o los facultativos o la inspección farmacéutica cuando lo requiera puedan conocer el consumo farmacéutico por paciente, insisto, los facultativos que prescriben dichos fármacos y cuando se requiera por parte de la inspección farmacéutica. No es necesario que les concrete que actualmente la inspección farmacéutica, de forma más tediosa, dado que ha de utilizar manualmente las recetas, tiene acceso a toda esta información y, como es natural, también los facultativos pueden tenerlo, aunque de forma no automatizada, pero sí con los mismos datos que contiene el TAIR o terminal de tratamiento informático de las recetas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Quiero empezar este segundo turno diciéndole al señor Núñez que la calidad de la prestación farmacéutica tiene que ver y tiene que ser valorada en términos de usuario. Entendida en estos términos, la medida no sirve para nada. Según una encuesta del sindicato médico CESM Madrid, el 87,6 por ciento de los médicos no cree que esta medida mejore la calidad asistencial. ¿Por qué las medidas de control del consumo del gasto en medicamentos se adoptan de cara al usuario de la sanidad pública cuando quien prescribe es el médico, el profesional? Por tanto, señor Núñez, esta medida no se justifica y, por otra parte, no tiene precedentes en ningún país desarrollado. Están atacando y lesionando el derecho a la intimidad individual, porque mediante lo que consume cada individuo se conoce el problema de salud que padece, de modo que no me parece legal, ni mucho menos ético.

En cuanto al refrendo legal al que ha hecho referencia, una vez realizada la lectura del marco legislativo que usted ha citado por esta diputada y por personas expertas en materia jurídica, la valoración que se hace es completamente distinta a la presentada por usted en esta Comisión. La Ley orgánica de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal dice expresamente que los datos referentes a la salud sólo pueden ser recabados cuando exista un consentimiento expreso del sujeto, al igual que el resto de datos que pertenecen a la categoría de datos especialmente protegidos. ¿Existe consentimiento expreso de los pacientes en este caso? No. A igual conclusión llegaría leyendo el articulado concreto de la Ley General de Sanidad que hace referencia a esta cuestión. La Ley orgánica de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal y la Ley General de Sanidad permiten concluir que, según la legislación vigente, para informatizar los datos personales junto con los medicamentos que se consumen, datos relativos a la salud, habrá que tener el consentimiento expreso del usuario y además han de ser utilizados solamente por facultativos, pues pertenecen al ámbito de la historia clínica y, por tanto, están sujetos al secreto profesional. Es más, la Directiva 95/46 del Parlamento Europeo, de 24 de octubre de 1995, prohíbe el tratamiento de datos personales relativos a la salud, excepto cuando resulten necesarios para la atención sanitaria. No es el caso, señor Nuñez.

Ninguna de las excepciones contempladas en la normativa anteriormente citada están previstas en la medida adoptada por el Gobierno. No queda preservado el secreto profesional, el derecho a la intimidad establecido en el artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad y lo que se contempla en la directiva anteriormente citada. Si están ustedes tan seguros de que se preserva la confidencialidad, ¿por qué en su momento no fue aprobada por el Grupo Parlamentario Popular una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y que pretendía que la Agencia de Protección de Datos emitiera un dictamen sobre si la información que recogen los TAIR garantiza la confidencialidad de los datos del paciente? El Grupo Parlamentario Popular votó en contra de esta proposición no de ley. Si es tan grande el convencimiento de que se mueven en el marco legal establecido, obviamente el amparo mayor sería que la Agencia de Protección de Datos emitiera un dictamen favorable a sus tesis, pero no han accedido a que esto se pudiera producir. Es un argumento magnífico —magnífico con carga irónica— el que usted ha aportado en esta sesión diciendo que una de las razones por las que han adoptado esta medida es que era necesario justificar socialmente la inversión económica en la tarjeta individual. Me parece un argumento magnífico. Le ruego que me confirme el precio de cada aparato que ustedes han adquirido, porque la información que ha llegado a esta diputada es que su coste es más del doble de cada uno de los PC —de haberse adquirido— que permitirían informatizar todas las consultas, mientras que aquellos sólo son de utilidad para identificar al paciente.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor Nuñez Feijóo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Nuñez Feijóo): Señoría, ya es bien difícil que leyendo las disposiciones de las diferentes leyes usted llegue a una conclusión distinta. **(La señora Novoa Carcacia: No yo, el informe jurídico.)** No ya sólo a la opinión del que le habla sino de la asesoría jurídica del Insalud, de la Abogacía del Estado en el Ministerio de Sanidad y Consumo y de toda la Administración pública actual, porque los artículos se han de leer en su totalidad y, evidentemente, no sólo algún párrafo disperso. Le voy a leer, incluso, la Directiva del Consejo de la Unión Europea, que en su artículo 8.3 dice textualmente: Permite su tratamiento informático, aunque el interesado no haya dado su consentimiento explícito, cuando dicho tratamiento resulte necesario, entre otros supuestos, para la prestación de la atención sanitaria o la gestión de servicios sanitarios. Imagínese usted, señoría, que se diga ahora que no se podrían informatizar nada más y nada menos que las historias clínicas. Usted imagínese de lo que estamos hablando y si podemos llegar a la conclusión, en sede parlamentaria, de que todos los proyectos de informatización de historias clínicas van contra esa directiva a la que usted se refiere, contra la Ley General de Sanidad, contra la Ley del Medicamento y contra la Ley orgánica de tratamiento automatizado de datos; desde luego, las historias clínicas sí que contienen toda la información que puede afectar de un modo muy directo al usuario o al paciente, y nadie discute, obviamente, que las historias clínicas no estén informatizadas y que desde los servicios correspondientes se dé información, incluso, al médico de familia o al médico general que trabaja en el centro de atención primaria, insisto, no solamente los datos de la receta sino la totalidad de la historia clínica.

La pregunta, señoría, sería: ¿cuál es el proyecto de la Administración que, insisto, correctamente, en mi opinión, en 1990 decide implementar en nuestro territorio la tarjeta sanitaria individual? ¿Cuál es el proyecto, cuál es el alcance y qué es lo que se persigue cuando esa tarjeta no tiene ningún tipo de imagen —por lo tanto, no es suficiente para su identificación— y, por el contrario, tiene una banda magnética donde se contienen los datos del paciente, los datos de afiliación, etcétera? Señoría, ¿en qué cree usted que estaría pensando la Administración en el año 1990 cuando invierte 4.000 millones de pesetas en la tarjeta sanitaria individual? ¿En nada? ¿No utilizaría absolutamente para nada esa tarjeta sanitaria? Vuelvo a insistir en los referidos artículos de la Ley General de Sanidad, de la Ley del Medicamento y de la Ley orgánica de tratamiento informatizado de datos.

Señoría, usted ha comentado que la Agencia de Protección de Datos debe autorizarlo. Si la Agencia de Protección de Datos no lo autorizase, en ningún caso se utilizaría dicha información. Estamos sometidos a las prescripciones de la Agencia de Protección de Datos y, por lo tanto, es a esta a la que le corresponde advertir a las administraciones públicas si pueden o no utilizar dichos datos. Ya le anticipo que si recibiésemos alguna indicación de la Agencia en el sentido que usted defiende, en ningún caso se utilizarían estos datos.

La cuestión es saber cuál es el tratamiento de estos datos, si los ciudadanos quedan o no afectados, qué utilización va a realizar la Administración de los mismos, etcétera, porque lo demás es hablar sin plantear realmente qué es lo que está detrás de este tema. Está exclusivamente —se lo reitero, señoría, si me permite—, primero, tener la posibilidad de dar conocimiento a los facultativos que prescriben las recetas a los usuarios que están bajo su ámbito de actuación y, por lo tanto, que el facultativo sepa lo que ha prescrito al usuario que acude a su consulta; primera y fundamental actuación. Segundo, en el supuesto de que un facultativo o la inspección sanitaria inicie un procedimiento, actualmente lo único que hace es localizar las recetas y tratar manualmente esa información. A partir de la fecha de entrada en vigor de esta medida, esa información se facilitaría inmediatamente, dado que estos datos están automatizados.

Señoría, en mi opinión, si hay contradicción en su argumento, este se eleva al máximo cuando usted dice que sería más barato informatizar absolutamente los centros de salud de atención primaria. El señor Corominas hizo otras preguntas en distintas ocasiones en la Comisión en relación con el coste de este proyecto y creo que el tema quedó suficientemente claro y explícito, pero no he tenido ocasión de decirle —aprovecho para hacerlo— que la informatización de los centros de salud de atención primaria del Insalud supera los 40.000 millones de pesetas; este proyecto superó los 3.000. ¿Qué se pretende con la informatización de los centros de salud? Se pretende nada más y nada menos que hacer las recetas informatizadas y tener los mismos datos que proporciona actualmente este sistema. Por lo tanto, espero que cuando seamos capaces de conseguir, no solamente el Insalud sino el resto de los servicios de salud, informatizar las consultas de atención primaria, no se plantee por S.S. cómo se van a utilizar estos datos y si se pueden utilizar o no, porque desde luego la inversión que requiere la informatización de las consultas, de la prestación farmacéutica, de las historias clínicas y de las citas previas, es decir, toda la informatización del tronco de la atención primaria, proporcionará mucha más información de la que está dando actualmente este sistema.

Por lo tanto, señoría, hay un respeto absoluto a la confidencialidad de los datos, un respeto absoluto a la utilización de los mismos y un sometimiento pleno a la Ley General de Sanidad, a la Ley del Medicamento, a la Ley orgánica de tratamiento informatizado de datos y, por supuesto, a la Agencia de Protección de Datos.

— **DE LA SEÑORA VALCARCE GARCÍA (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO) SOBRE SITUACIÓN PLANTEADA POR LA ADJUDICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN POR EL INSALUD DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL DE LEÓN. (Número de expediente 181/001930)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta formulada por la señora Valcarce, sobre situación planteada

por la adjudicación de la contratación por el Insalud del servicio de lavandería del hospital de León.

Tiene la palabra la señora Valcarce.

La señora **VALCARCE GARCÍA**: Señor presidente del Insalud, ¿qué opinión le merece la situación planteada por la adjudicación a la empresa Lavached, en detrimento de la empresa Flisa, del servicio de lavandería del hospital de León?

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar, tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Muchas gracias, señoría, por la formulación de la pregunta y el interés que demuestra por conocer la respuesta del Insalud sobre esta cuestión. Señoría, compartiré conmigo que el objetivo de los equipos directivos de los servicios sanitarios públicos al contratar determinados servicios es que las empresas adjudicatarias los presten ajustándose a los criterios de calidad previamente establecidos y desde luego a todo el pliego de prescripciones técnicas y al contrato que suscriben las partes.

En los hospitales los servicios de lavandería tienen trascendencia en el propio funcionamiento del hospital, y cualquier problema que pueda ocurrir, como retrasos en las entregas o en la propia ejecución de la limpieza —el deterioro excesivo de la ropa, etcétera—, sin duda incide negativamente en el trabajo ordinario de cualquier centro. Como usted sabe, el hospital de León tenía contratado el servicio de lavandería con una empresa y en los últimos meses, no a juicio del equipo directivo —que también— sino fundamentalmente del jefe de hostelería y de las supervisoras de las plantas de hospitalización y de cirugía, no se estaba dando respuesta adecuada a las necesidades del hospital. Después de varios intentos, desde las instancias a las que me acabo de referir se tomó la decisión de simplemente sacar a licitación un nuevo concurso para la lavandería de este hospital.

El 24 de septiembre, en la mesa de contratación, se adjudica el servicio de lavandería del hospital de León a la firma Lavandería Industrial Lavached, que era la que presentaba, a juicio de la mesa, la mejor oferta.

Señorías, sin entrar en otro tipo de cuestiones, la gerencia del hospital —no hay nada que haga pensar lo contrario— ha actuado de manera responsable, intentando en primera instancia que la empresa anterior corrigiera los defectos y las deficiencias previamente advertidos por las misma, y, al ver que esto no ocurría, licitar otra vez la contratación del mencionado servicio.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valcárcel.

La señora **VALCÁRCEL GARCÍA**: Efectivamente, señor Núñez Feijóo, el Grupo Parlamentario Socialista comparte con el Gobierno la preocupación por la calidad del servicio hospitalario, y por lo tanto nada que objetar en ese terreno.

Señor presidente del Insalud, usted olvida una cuestión que no ha planteado aquí. ¿Cuál es la razón por la

que se saca a nueva adjudicación la contrata del servicio de lavandería del hospital de León, cuando la empresa Flisa insiste en que nunca fue advertida de esas deficiencias a las que usted hace hoy aquí mención? Usted sabe que está en condiciones de decir por qué por parte del Insalud no se ha cursado a la empresa Flisa, en la forma jurídica adecuada, ninguna advertencia en este sentido.

En segundo lugar, señor presidente del Insalud, ¿por qué usted hoy aquí no explica cuáles son las razones por las que se saca al concurso la lavandería del hospital de León, y, por el contrario, no se saca la del hospital del Bierzo, de Ponferrada, ni tampoco la de los servicios de atención primaria del Insalud, cuando precisamente es la contrata del hospital de León la más barata con enorme diferencia con respecto a la del hospital del Bierzo o con respecto a la del servicio de atención primaria.

Señor presidente del Insalud, hay algo más, usted sabe perfectamente que se ha adjudicado a Lavached esta contrata sin ser la mejor oferta, sí la mejor a juicio de la mesa de contratación, y por lo tanto eso seguirá un curso, que es el recurso contencioso-administrativo, y se verá cuál es el resultado del mismo, porque, como usted sabe, la oferta de Lavached no sólo no era la más barata, sino que sólo había una diferencia de una peseta con respecto a la de Flisa, lo cual significa 1.300.000 pesetas al año, por si acaso también hay que hacer esta advertencia.

Pero, además no se ha tenido en cuenta un criterio por parte de la mesa que sí se viene teniendo en cuenta en otras adjudicaciones, como es el carácter de esta empresa, no sólo una empresa radicada en León, no sólo una empresa que ha sido subvencionada por la Comunidad Autónoma de Castilla y León, sino que además, como usted muy bien sabe es una empresa dependiente o vinculada a la ONCE, cuyos trabajadores son minusválidos.

Pero, sobre todo, señor presidente del Insalud, lo que motiva que el Grupo Parlamentario Socialista haya presentado esta cuestión hoy aquí en la Comisión de Sanidad del Congreso son dos cuestiones posteriores a la adjudicación de la contratación, una, que ante la protesta de la empresa y de los trabajadores de la empresa ante la adjudicación, hayan salido gestores del Insalud ante los medios de comunicación, provocando un auténtico escándalo público, haciendo afirmaciones gratuitas y sobre todo acusaciones gravísimas y descalificadoras de una empresa, con un estilo y con unos modos que desde luego nada bueno dicen de la imagen de los profesionales de la gestión y de los profesionales médicos del Insalud. Esta es una de las cuestiones que nos han producido verdadera preocupación, por ello se lo planteamos.

En segundo lugar, porque la respuesta ante una situación tan fuera de lugar, planteada por los gestores del Insalud, la respuesta de la empresa Flisa ha sido la de acusar públicamente ante los medios de comunicación a determinados responsables médicos y gestores del Insalud de corrupción.

Por ello, señor presidente del Insalud, le pregunto, ¿qué medidas piensa adoptar el Insalud, o cuáles ha adoptado ya, para aclarar los hechos? En primer lugar, cuáles son las razones por las que estos profesionales arremeten contra una empresa, y, en segundo lugar, si ustedes han abierto alguna investigación interna para

depurar las posibles responsabilidades derivadas de esas acusaciones de corrupción.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el señor Núñez Feijóo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y PRESIDENTE DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Señora diputada, difícilmente la empresa Flisa podría conseguir mejores argumentos de los que usted ha expuesto. Sí le anticipo que los responsables de esa empresa han pedido disculpas por su actuación y han pedido responsabilidades a algunos de los gestores de esa lavandería en la provincia de León. Supongo que usted esta información la tiene. Incluso, si no estoy faltando a lo que me dicen los responsables de esta empresa, no solamente han pedido responsabilidades sino que han pedido ceses por la actuación de los directivos de esa empresa en la provincia de León.

Efectivamente, señoría, a usted le preocupa que se haya dado esta adjudicación a otra empresa, que solamente diferenciaba de la empresa anterior una peseta. Lo que usted no dice a la Cámara, señoría, no porque quiera ocultarlo sino porque no lo ha dicho, que nada más y nada menos esta empresa era la más cara de las cinco empresas que se han presentado al concurso; la oferta económica más cara de las cinco empresas que se presentan al concurso es justamente la de esta lavandería.

No quisiera verme aquí, aunque también lo haré cuando lo requieran SS.SS., en la necesidad de explicar por qué se ha dado un concurso a una empresa que presenta la oferta más cara. Sin duda, insisto, esto es importante en los pliegos pero no es determinante. Podría habersele dado a Flisa a pesar de plantear la oferta más cara, pero estos son los hechos.

Señoría usted, que no tiene por qué tener toda la información y para eso me requiere, ha manifestado que a esta empresa nunca se le habían concretado las deficiencias de su servicio y que no se le había advertido suficientemente, y ha dicho una cosa que creo que ni se contiene en los medios de comunicación de los cuales tengo copia. Desde luego el responsable de la empresa en modo alguno lo ha planteado. Ha dicho usted una palabra que yo no voy a repetir, porque entiendo que no es el contenido ni el contexto ni lo que usted quiere trasladar, pero le voy a explicar, al menos con documentos, si se ha dado o no y de quién es el empecinamiento o no empecinamiento del porqué un hospital decide volver a sacar a licitación —no dárselo a otra a través de contratación directa o de otro procedimiento, sino sacar a licitación pública con el derecho que le asiste— nada más y nada menos que el servicio de lavandería de un gran hospital.

León, 17 de diciembre de 1997; de supervisora de esterilización, a la dirección de enfermería: La supervisora de esterilización pone en conocimiento que la ropa quirúrgica procedente de la lavandería viene en unas condiciones de limpieza deplorables. Firmado, supervisora de área, doña Alicia Hurtado Álvarez; supervisora de esterilización, doña Edelmira Cascallana Marqués. Literalmente.

León, 24 de marzo de 1998: La supervisora de esterilización pone en su conocimiento que la ropa quirúrgica

procedente de la lavandería que viene a este servicio para su posterior esterilización, tiene que desecharse en su mayoría, debido a las manchas de residuos orgánicos que trae.

León, 5 de mayo de 1998: La supervisora de esterilización pone en su conocimiento, una vez más, que la ropa quirúrgica procedente de la lavandería tiene que desecharse en su mayoría debido a su inadecuada limpieza, inadecuado aclarado, retraso en el suministro, en ocasiones mal seca.

Escrito de 14 de julio de 1998: Después de innumerables quejas debidas a las condiciones de limpieza pésimas de la ropa quirúrgica que viene a este servicio para su posterior esterilizado y puesto que la limpieza no solamente no ha mejorado sino que ha empeorado —estamos en julio de 1998—, le comunico que esto hace que tenga que desecharse mayoritariamente debido a residuos que trae. No vamos a concretar los mismos, si no le parece.

Otra supervisora de área, Pilar Asenjo Arribas, supervisora del área de hospitalización, se manifiesta el 7 de septiembre de 1998.

Tenemos otras dos cartas, ya no de supervisoras sino de los equipos directivos o del equipo directivo a la empresa. Una es de fecha 24 de abril de 1998: Lamento comunicarle por la presente que los problemas de rechazo de ropa mal lavada o deteriorada por parte de los auxiliares de enfermería, lejos de solucionarse se ha incrementado de forma alarmante —firmado el director de gestión—, por lo que le solicito por la presente que tome las medidas precisas para que tanto el lavado como el control del mismo con nuestra ropa sea el adecuado.

Agosto de 1998, una vez más comunicación a la empresa: Según nos comunica el jefe del servicio de hostelería se siguen dando graves deficiencias en las barreras sanitarias. Por la presente le solicito un informe —le dice el director de gestión— de los motivos de dichas deficiencias.

Por último, una contestación de la propia empresa. Fíjese si se le había comunicado o no que la propia empresa responde y dice: En relación a este tema debo manifestarle que es prácticamente imposible que se produzca este hecho —se refería a que se estaba mezclando la ropa lavada con la ropa sucia—, dado que un acto de estas características sólo se puede dar si se hace de mala fe. Este hecho es gravísimo y precisa una profunda investigación —dice la empresa—. Sigue diciendo: En cuanto a la ropa húmeda —también se decía que la ropa venía húmeda—, puede que en algún momento y por un tiempo limitado de cinco o diez minutos no haya funcionado bien la línea de vapor, y al ser éste un tema de apreciación al tacto aquí no se detecta bien por estar la ropa caliente. Por lo que se refiere a las medidas que tomaremos sólo le puedo indicar que seremos mucho más exigentes en el control final, ya que todas las medidas técnicas están tomadas.

Por último, señoría, se toma esta decisión con conocimiento previo. No tiene nada que ver el equipo directivo, sino que son los propios responsables de enfermería de planta, de hospitalización y quirúrgica los que anticipan los problemas que tiene la empresa y nada más y nada menos que saca a licitación pública y nada más y nada

menos que la empresa anterior presenta la oferta más cara.

No voy a explicar aquí, señoría, ni cómo se dio la adjudicación a la empresa que la venía ejerciendo, que supongo, señoría, que usted lo sabe, ni las cuestiones que hacen referencia a este asunto. A este asunto se le ha dado publicidad, concurrencia, transparencia y se ha actuado con mucho sentido común y con absoluta diligencia.

Vuelvo a insistir, y con esto termino, que me gustaría ver cuál era su propuesta si tiene usted conocimiento expreso de todas estas cartas dirigidas por la enfermería al equipo directivo y no se hubiera hecho nada o, en su defecto, si se hubiese licitado, se hubiese concurrido y se hubiese adjudicado a la empresa que presenta la oferta más cara. Entiendo que serían preguntas más difíciles de responder que la que he tenido ocasión de contestar esta mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo.

— **DE LA SEÑORA NOVOA CARCACIA (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO) SOBRE ACTUACIONES PARA QUE SE CUMPLA LA NORMATIVA DE VENTA A TRAVÉS DE RECETA DE LOS MEDICAMENTOS QUE LO REQUIERAN. (Número de expediente 181/002006)**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida al señor subsecretario y pasamos a las preguntas de la señora Novoa. La primera pregunta es: Actuaciones para que se cumpla la normativa de venta a través de receta de los medicamentos que lo requieran.

Para formular la pregunta, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor subsecretario, la Dirección General de Farmacia tiene la competencia de autorización de todos y cada uno de los fármacos antes de que estos puedan ser comercializados.

También la Dirección General de Farmacia determina en qué condiciones han de ser prescritos y dispensados los medicamentos, es decir, si son de venta libre y, por tanto, no requieren la presentación de la correspondiente receta, y los que requieren ser prescritos y dispensados a través de receta, e incluso a través de qué tipo de receta. De hecho, las especialidades farmacéuticas están obligadas a incluir en el envase y en el prospecto la indicación: con receta médica, o, sin receta médica, según sea el caso.

Sin embargo, de todos es sabido que el requisito de receta médica para aquellas especialidades farmacéuticas que están autorizadas bajo esa modalidad de dispensación es algo que no siempre se cumple en España. Hace muy poco tiempo un periódico de ámbito nacional informaba sobre una investigación llevada a cabo por ese medio de comunicación, en la que se constataba que diez farmacias accedieron a venderle a un periodista eritropoyetina sin problema alguno, cuando esta especialidad farmacéutica es de uso exclusivamente hospitalario y así se

le advierte al farmacéutico en el envase mediante el distintivo de una H —mayúscula— en el envase. Se está utilizando, señor subsecretario, eritropoyetina y anabolizantes de forma fraudulenta y con fin dopante para determinados deportistas, y se están vendiendo sin control, al menos desde algunas farmacias.

Otras veces han sido profesionales de reconocido prestigio los que han denunciado la venta indiscriminada de antibióticos en las oficinas de farmacia, sin receta médica y sin considerar el tipo de antibiótico y dosificación, para casos más o menos banales. Ésta es una de las causas principales de las reacciones de resistencia a los antibióticos, con riesgo de que resulten ineficaces ante infecciones bacterianas, que hoy han alcanzado un grado de virulencia muy por encima de lo que hubiera sido normal con una utilización facultativa inteligente de estos antibióticos.

Señor subsecretario, podría citarle, sin duda, más casuística que ilustrara la pregunta que quiero formularle, pero estoy segura de que todos los aquí, presentes tenemos alguna experiencia, bien directa o bien indirecta, a este respecto. A mi me parece muy grave que ocurra lo que hasta aquí he indicado, porque rompe radicalmente el principio de uso racional del medicamento y pone en evidencia la utilización incontrolada, que ronda el tráfico ilícito de medicamentos, sin duda con riesgo de graves consecuencias sobre la salud individual y para la sociedad en su conjunto. Por ello, quiero saber qué actuaciones está desarrollando el Gobierno para que se cumpla la normativa de venta a través de receta de los medicamentos que así lo requieran, e igualmente le rogaría me informara sobre las investigaciones que se hayan realizado desde el ámbito de su Ministerio en relación con la EPO y su venta sin control.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Para contestar esta pregunta tenemos que distinguir entre lo que es la normativa básica y ejecución de la misma. El artículo 149.1.16ª de la Constitución atribuye al Estado competencias exclusivas en sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. La normativa básica estatal está contenida en la Ley General de Sanidad, en la Ley del Medicamento, en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación del servicio de las oficinas de farmacia, y demás disposiciones de desarrollo.

En concreto, y por lo que afecta a esta pregunta, la Ley del Medicamento y demás normativa concordante establecen las garantías para asegurar que los medicamentos que así lo requieran se dispensen con receta. En concreto, el artículo 31.1 de la Ley del Medicamento dispone lo siguiente: Como norma general los medicamentos sólo serán dispensados con receta. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá los requisitos mínimos, características y plazo de validez de las recetas y órdenes hospitalarias. Y en el mismo sentido, el punto 2 de este artículo fija que el Ministerio de Sanidad y Consumo

establecerá requisitos especiales para la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos y otros que por su naturaleza lo requieran para tratamientos peculiares. Por otro lado, el artículo 23 del Real Decreto 767/1993, por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, establece que la resolución por la que se concede la autorización sanitaria de una especialidad farmacéutica deberá determinar las condiciones de comercialización de la misma, incluyendo, entre otras, sus condiciones de dispensación. En el artículo 29 de esta misma norma se especifican los criterios que determinan estas condiciones de dispensación.

De acuerdo con lo anterior, el Gobierno, y más concretamente el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el momento de autorizar una especialidad farmacéutica determina si ésta debe ser dispensada o no con receta y comprueba, antes de su autorización definitiva, que en los textos y demás características de su ficha técnica, prospecto y etiquetado se recoja, como es preceptivo, esta circunstancia.

Por lo que respecta a la ejecución de la normativa básica, los diferentes estatutos de autonomía otorgan a las comunidades autónomas las competencias de desarrollo y ejecución en materia de sanidad e higiene, entre las que se inscribe la ordenación farmacéutica, según han dejado sentadas las orientaciones jurisprudenciales del Tribunal Constitucional.

Por ello, y en ejercicio de estas competencias, las comunidades autónomas, a través de sus servicios de inspección farmacéutica, controlan que las oficinas de farmacia desarrollen su actividad de acuerdo con la normativa vigente y, en este caso concreto, que exijan la correspondiente receta médica para la dispensación de aquellos medicamentos que así lo requieran. Esta competencia aparece igualmente recogida en el artículo 105 de la Ley del Medicamento, que dispone literalmente lo siguiente: Corresponde a las administraciones sanitarias, en el ámbito de sus competencias, la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta ley.

No obstante todo lo anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante la comercialización de determinados medicamentos que por sus especiales características puedan ser susceptibles de desvío o uso indebido —que es el caso de la EPO—, recuerda a médicos y farmacéuticos, a través de sus organizaciones profesionales, así como a las comunidades autónomas, la necesidad de extremar las medidas para el estricto cumplimiento de la normativa vigente en el ámbito de sus respectivas actividades.

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

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor subsecretario, convendrá conmigo en que ésta es una situación particular, que no tiene parangón con los países de la Unión Europea. Hemos sido denunciados en foros internacionales y en ámbitos judiciales de países de la Unión Europea

con amplio eco en los medios de comunicación. A mi juicio, las causas principales de esta situación particular de España tiene un doble origen: de un lado, la pasividad generalizada de las distintas administraciones sanitarias, tanto en sus actuaciones de inspección y de control de la prescripción médica y dispensación en las oficinas de farmacia, fundamentalmente en el ámbito sanitario privado, como, de otro lado, la incapacidad de liderazgo de la autoridad sanitaria y de adopción de iniciativas que por norma legal le corresponde al Ministerio de Sanidad. No intente escudarse en las competencias de las comunidades autónomas. ¿Cuál es la operatividad del Ministerio de Sanidad y Consumo si a pesar de la gravedad de los hechos de los que estamos hablando, no ha llevado nunca esta cuestión al grupo de farmacia del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de aunar criterios en orden a tomar medidas de carácter general que ayuden a resolver esta situación en cada una de las comunidades autónomas?

Señor subsecretario, a mi juicio el Ministerio de Sanidad tendría que abordar y con urgencia el desarrollo normativo del Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de receta médica, en lo que se refiere a las prescripciones de médicos privados, que son las que originan en gran medida el problema de control de las comunidades autónomas y que dificulta cualquier iniciativa que pueda tomarse desde éstas. El referido real decreto, así como la Orden de 30 de abril de 1986, por la que se establecen los criterios de normalización de recetas médicas, permiten el control necesario y suficiente sobre la prescripción que se produce desde los profesionales del Sistema Nacional de Salud y sobre la dispensación correspondiente. No ocurre lo mismo sobre la prescripción de los médicos privados, para los que no existe impresos y talonarios normalizados de recetas médicas, si bien el citado real decreto preveía la posibilidad de que los consejos generales de colegios médicos y de odontólogos y estomatólogos podrían acordar la edición y distribución de impresos y talonarios normalizados. Si a esta falta de normalización añadimos la consideración contemplada en la disposición transitoria primera del Real Decreto 1910/1984, sobre la excepción a la obligación general de los farmacéuticos de conservar durante tres meses las recetas cuando en éstas figuren las instrucciones terapéuticas del médico prescriptor, en cuyo caso podrán ser devueltas al paciente, comprobamos cómo las comunidades autónomas tienen difícil, por no decir imposible, hacer un seguimiento efectivo y comprobable de la dispensación de medicamentos con receta médica. Así pues, ante la gravedad que supone la dispensación y utilización incontrolada de medicamentos, el Ministerio de Sanidad debería ocuparse de que los consejos generales de médicos acordaran la edición normalizada de talonarios de recetas para prescripción privada, y sobre todo, señor subsecretario, el Ministerio de Sanidad debería llevar esta cuestión al grupo de farmacia del Consejo interterritorial, con el objeto de aunar criterios en orden a tomar medidas de carácter general que ayuden a resolver este problema en todas las comunidades autónomas. Tienen que recuperar la iniciativa. Han perdido ustedes esa iniciativa, señor subsecretario. Se ocupan, por ejemplo, de

buscar fórmulas perversas, como presentar enmiendas en el Senado para cambiar el carácter jurídico-administrativo, de los hospitales públicos, y abandonan temas fundamentales para la salud de los españoles. Señor subsecretario, le insto a que el Ministerio de Sanidad asuma esa responsabilidad que por ley le corresponde.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señoría, cuando comento las responsabilidades de las comunidades autónomas en esta materia no me escudo en esta cuestión, simplemente me limito a constatar la realidad y, por supuesto, no voy a subvertir las normas que distribuyen las competencias entre el Estado y las comunidades.

Efectivamente, el tema de la EPO nos ha preocupado y hemos dirigido una comunicación a los colegios profesionales, a las corporaciones farmacéuticas, a la organización médica colegial y también a las comunidades autónomas, para que extremen, como he dicho, las medidas de control y seguimiento. Tengo que decir a S.S. que en ningún caso ninguna comunidad, *motu proprio*, nos ha expresado ninguna dificultad en el seguimiento; si fuesen tan serias como S.S. ha dado a entender habríamos recibido alguna comunicación en este sentido.

No obstante, acepto como buena su iniciativa de que llevemos este tema al Consejo interterritorial; me parece razonable y no tengo ningún inconveniente en proponerlo como punto del orden del día no ya para este Consejo, porque no hay tiempo material, pero sí para el próximo. No hay ningún inconveniente. De todas formas, quiero insistir en que ninguna comunidad nos ha pasado ninguna información, ni por escrito nos ha requerido, para que introduzcamos ninguna novedad, porque las herramientas de que dispone para hacer el seguimiento no sean las adecuadas.

También nos preocupa el tema de los antibióticos. Tiene mucha razón S.S. Es un problema serio en todos los países el uso inadecuado de los antibióticos por las consecuencias que provoca, pero esto no es debido exclusivamente a una falta de control, digamos, en la dispensación sino que también hay problemas de prescripción. En ese sentido, entiendo que la mayor parte de los servicios de salud están trabajando en el establecimiento de los debidos protocolos para adecuar las terapias a las necesidades reales. En este sentido, creo que la responsabilidad de un mal uso del antibiótico no solamente está producido por un problema de dispensación, que creo que debe ser una parte relativamente poco importante, sino también por un problema de prescripción.

— **DE LA SEÑORA NOVOA CARCACIA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA LEY POR LA QUE SE REGULAN LOS SERVICIOS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. (Número de expediente 181/002008)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta número 5, formulada también por la señora Novoa Car-

cacia, sobre valoración de la eficacia de la Ley por la que se regulan los servicios de las oficinas de farmacia.

Tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor subsecretario, el 18 de junio de 1996 se publicaba en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto-ley 11/1996, de ampliación del servicio farmacéutico a la población. El 27 de Junio se debatía su convalidación en el Pleno de esta Cámara. El Grupo Parlamentario Socialista votó en contra de su convalidación tanto por razones de fondo como de forma.

Nuestra posición es de sobra conocida en esta Comisión, pero quiero resaltar las razones de forma que alegamos y que no eran otras que la fórmula legislativa por la que el Gobierno había optado: el Real Decreto-ley que nuestra Constitución reserva para situaciones excepcionales, de extraordinaria urgencia y necesidad. En el caso que nos ocupa no sólo no existía urgencia sino que la concurrencia de intereses contrapuestos y legítimos hacía desaconsejable la forma unilateral y sin consenso por la que optó el Gobierno. El Real Decreto-ley fue aprobado de forma apresurada, por sorpresa, obviando a las comunidades autónomas, al Consejo interterritorial y a las partes afectadas por la regulación. Todo esto lo denunciábamos en el trámite de convalidación. El referido texto legal fue finalmente tramitado como proyecto de ley, siguiendo como tal el trámite parlamentario correspondiente. Concluido el proceso de debate y tramitación parlamentaria, el 20 de febrero de 1998 se aprobaba definitivamente con un título nuevo, el de regulación de los servicios que prestan las oficinas de farmacia.

Transcurrido casi un año, quiero saber la valoración que hace el Gobierno de la eficacia de esta ley.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): La regulación de las oficinas de farmacia ya aparecía anunciada, aunque no se había desarrollado, en la Ley General de Sanidad, en cuyo artículo 103.3 se preveía que su planificación se abordaría en una futura ley de medicamentos y farmacias. En este mismo sentido, la Ley del Medicamento del año 1990 estableció algunos principios básicos sobre la ordenación de las farmacias que en gran medida eran complementarios de lo dispuesto en la Ley General de Sanidad.

La cuestión es que hasta 1996, fecha en la que se aprobó el Real Decreto-ley de ampliación del servicio farmacéutico y que posteriormente se sustituyó por la Ley 16/97, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, la normativa existente era el Real Decreto 909/1978. Esta norma preconstitucional era claramente insatisfactoria tanto para las administraciones sanitarias como para los ciudadanos y prueba de ello es que ante la falta de una normativa básica, cuya regulación compete y habría correspondido a la Administración del Estado en aquellos años, determinadas comunidades autónomas como Cataluña y el País Vasco ya habían promulgado por su cuenta las leyes autonómicas de ordenación far-

macéutica. Además, el descontento de los licenciados de farmacia y de amplios colectivos sociales era también notorio.

En aquel momento el sistema de autorización vigente adolecía de una gran rigidez, los criterios de aplicación en la adjudicación de solicitudes desconocían los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad y libre concurrencia, el régimen de prestación de servicios y de horarios había quedado claramente desfasado —la opinión pública en aquel momento era muy estricta en este sentido— y además no satisfacía las expectativas ni las demandas de los ciudadanos.

Ante esta situación, el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió abordar la regulación de las oficinas de farmacia, inicialmente por vía del decreto-ley, convalidado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 27 de junio de 1996 y que fue posteriormente ampliado y completado por la Ley de Regulación de los servicios de las oficinas de farmacia. Esta Ley que tiene, a tenor de lo que se dispone en el artículo 149.1.16 de la Constitución, carácter de normativa básica en algunos de sus artículos, concretamente el 2.1, 2.2., 2.5, 4, 5 y 6, ha flexibilizado la apertura de oficinas de farmacia y su régimen de jornada y horario de funcionamiento —por tanto, es una cuestión que se solventó a partir de ese momento—; ha fijado criterios básicos para la ordenación farmacéutica, criterios que están siendo utilizados por las distintas leyes de ordenación de las distintas comunidades autónomas; ha simplificado y ordenado el procedimiento de autorización de apertura de estos establecimientos en base a criterios constitucionales y ha establecido garantías dirigidas a mejorar la calidad del servicio y su adecuación a las necesidades sanitarias. Además, ha creado una positiva dinámica de cambio en cuanto a la ordenación farmacéutica y al régimen y funcionamiento de las oficinas de farmacia. Prueba de ello es que en la actualidad, además de las comunidades autónomas de Cataluña y el País Vasco, que ya tenían, como he dicho ley de ordenación propia, las comunidades autónomas de Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia, La Rioja, Valencia y Baleares disponen en estos momentos de sus respectivas leyes y las comunidades autónomas de Aragón, Galicia, Navarra y Madrid están tramitando en estos momentos los correspondientes proyectos de ley, mientras que el resto de las comunidades autónomas han publicado los decretos que les permiten aplicar los artículos de la Ley 16/97, que constituyen legislación básica del Estado, con el fin de lograr una mejor atención farmacéutica al ciudadano.

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

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor subsecretario, no puedo coincidir con la enumeración de virtudes que usted ha formulado sobre el texto legal al que nos estamos refiriendo. Señor subsecretario, el tema de horarios estaba resuelto por una sentencia judicial y sabe usted perfectamente que la autorización era una competencia de la Administración sanitaria delegada en los colegios profesionales. Era sencillísimo recuperar la competencia que en su momento se había delegado.

A mí me interesa conocer, señor subsecretario, cuántas nuevas oficinas de farmacia se han abierto desde la entrada en vigor de esta ley y en qué medida esta ley ha contribuido a la armonización legislativa. El Grupo Parlamentario Socialista tenía el convencimiento, en el momento de la tramitación de este texto legal, de que el único motivo de urgencia que tenía el Gobierno era el que le imponía la tramitación en el Parlamento de Extremadura de un texto que intentaba ordenar el sector. Ustedes han presentado un recurso de inconstitucionalidad en contra de determinados artículos de ese texto legal extremeño, concretamente en lo que se refiere a los artículos que regulan la transmisión de las oficinas de farmacia. Mire usted, este mismo tema, la transmisión, junto a otros, está suscitando en Galicia un duro enfrentamiento entre colegios profesionales de farmacéuticos y la Xunta de Galicia. Por tanto, ¿qué capacidad de armonización tiene el texto legal aprobado por este Parlamento y enviado en su día por el Gobierno? Señor subsecretario, usted tiene que conocer, exactamente igual que yo, del problema que en estos momentos se vive en la comunidad autónoma gallega. Sabe que desde los colegios profesionales se ha iniciado una ofensiva en contra del proyecto de ley en tramitación en el Parlamento gallego. Tengo un amplio dossier de prensa que recoge todo esto que le estoy describiendo, un dossier que es todavía mucho más amplio que el que tengo en estos momentos sobre mi mesa. Pues bien, como le decía, los colegios de farmacéuticos han iniciado una clara ofensiva en contra del proyecto de la Xunta de Galicia y los artículos del proyecto de texto legal que se está tramitando que más reacción suscitan en los profesionales titulares de oficinas de farmacia son precisamente los referentes a la transmisibilidad de las oficinas de farmacia. Es tal la guerra, que la contraofensiva por parte de la Administración de la Xunta de Galicia contra la campaña de los profesionales farmacéuticos se concreta en la frase del señor presidente de la Xunta de Galicia, que dice: Fraga acusa a los farmacéuticos de anteponer sus intereses capitalistas a la ley del sector. Estas son las palabras más suaves que se han pronunciado por responsables de la Administración autonómica. Por su parte, los colegios de farmacéuticos amenazan reiteradamente con un cierre de persistir los elementos de fondo que contempla el proyecto de ley.

Mi pregunta, señor subsecretario, es, como le decía anteriormente, qué capacidad de armonización ha tenido la ley aprobada por este Parlamento y también cuál sería la actuación del Ministerio, del Gobierno, en relación con la ley que en su momento apruebe el Parlamento autonómico gallego, en el supuesto de ser aprobado, como así parece, en los términos en que están planteados en estos momentos los artículos referentes a transmisibilidad. ¿Presentaría también el Gobierno un recurso de inconstitucionalidad contra la ley de Galicia, de la misma forma que lo ha presentado contra la ley de Extremadura? Señor subsecretario, le será fácil entender que esta diputada, que tuvo la ocasión de ser ponente en la ley aprobada por el Parlamento nacional, sienta auténtica perplejidad cuando tiene la ocasión de leer y obtener la información de todo lo que está ocurriendo en Galicia. Y si yo siento perplejidad, ¿cuál será la perplejidad de los

profesionales farmacéuticos, que comprueban cómo las tesis mantenidas por un mismo partido político en un Gobierno y en otro son totalmente contradictorias? Me imagino que la misma perplejidad que siente esta diputada.

Señor subsecretario, como le decía anteriormente, no me es suficiente la valoración que usted ha hecho en términos de flexibilidad, horarios, autorizaciones, ya que eso tiene que concretarse en datos: cuántas nuevas oficinas de farmacia se han abierto, en qué medida esta ley ha significado una mayor calidad en la prestación farmacéutica para los ciudadanos y en qué medida ha contribuido, a que la situación de ordenación de los servicios a través de las oficinas de farmacia esté en el conjunto del territorio lo suficientemente armonizado.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Su señoría estará de acuerdo conmigo en que la situación dependiente de un real decreto del año 1978 era claramente inadecuada y susceptible de importantes mejoras. La iniciativa que se tomó desde aquel momento pretendía resolver esta problemática, teniendo en cuenta el margen de maniobra que tiene la Administración central del Estado en relación con la ordenación farmacéutica. Se intentó, dentro de lo que es la capacidad de normativa básica del Estado, introducir algunos criterios en cuestiones que se veía claramente que estaban funcionando de manera incorrecta. Creo, sinceramente, señoría, que lo que se deriva de esa iniciativa es totalmente positivo. Esto no se ha agotado en este momento por una razón muy sencilla, y es porque muchas de las cuestiones que se plantean en la Ley de Ordenación Farmacéutica tienen que aplicarse luego o desarrollarse por la normativa específica de las comunidades autónomas, que algunas todavía no han desarrollado.

No le puedo dar —pero no tengo inconveniente en pasárselo en un momento posterior— el número exacto de nuevas oficinas de farmacia abiertas hasta el momento entre otras cosas porque depende del desarrollo concreto de los términos en los que las comunidades autónomas podrían funcionar con absoluta autonomía en cuanto a los tramos de población, que desarrollaban en cada una de las disposiciones legales autonómicas. De manera que esa cifra en estos momentos no se la puedo decir, se la diré en lo que pueda conocer en el momento presente, pero está claro que pueden seguir abriéndose oficinas de farmacia porque el procedimiento no es tan rápido como para que al día siguiente de la publicación del decreto ley automáticamente se empiecen a abrir oficinas de farmacia nuevas. Las comunidades autónomas tienen, como es lógico, amplias competencias en esta materia y exceptuando algunas cuestiones de carácter básico prácticamente pueden desarrollar la ordenación farmacéutica de la manera que se adecue mejor. Además justamente este es el sentido por el que esta competencia está descentralizada y pueden desarrollar la normativa de ordenación de la manera más adecuada a su situación particular. El caso de la apertura de oficinas de farmacia es un caso típico. En las consultas que se hicieron en aquel momen-

to con las distintas comunidades había opiniones diferentes, en función de situaciones distintas —geográficas, de la propia organización sanitaria en distintos ámbitos territoriales—, que justificaban matices diferenciales entre las comunidades autónomas, lo cual no va en contra de que en lo básico esta ley pretenda ser —y yo lo creo— armonizadora. Tampoco va en contra de que esta ley pretenda ser armonizadora el hecho de que haya comunidades autónomas que no respeten algunas de las cuestiones o planteen dudas sobre algunas de las cuestiones que la ley establece. Y no solamente esta ley, sino las leyes previas, como he dicho, la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento. En ese sentido le diré que la problemática que se ha planteado con estas comunidades autónomas, y que S.S. menciona, no es por ir en contra de esta normativa, sino por ir en contra, concretamente, del artículo 103 de la Ley General de Sanidad, en cuanto establece el doble requisito de propiedad y titularidad de la oficina de farmacia, que sigue vigente. Esto es la Ley General de Sanidad, no es la Ley de Ordenación Farmacéutica, y S.S. sabe perfectamente cuándo se promulgó. Esta ley, en el artículo 103, dice claramente que es normativa básica del Estado, como saben, que solamente hay una limitación a la transmisión de las oficinas de farmacia y ésta se deriva de la clausura o cierre obligatorio de la misma por sanción de inhabilitación profesional o penal de cualquier índole. Insisto, Ley General de Sanidad. Conviene recordar que entre esta desvinculación entre autorización y propiedad se han producido unas leyes de ordenación farmacéutica en Extremadura y Castilla-La Mancha que dieron lugar a planteamientos de recursos de inconstitucionalidad contra las mismas y que no ha ocurrido en otras comunidades autónomas que han presentado leyes de ordenación farmacéutica. El motivo del recurso a este punto concreto de estas leyes se basa en el artículo 103.4 de la Ley General de Sanidad y no en la Ley de Ordenación Farmacéutica. Con respecto a ulteriores leyes de ordenación, lo único que le puedo decir es que la Administración sanitaria actuará en este caso en consecuencia, exactamente igual que cuando dispone de los textos legales definitivos.

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE EXPLICACIÓN DEL INCREMENTO DEL PORCENTAJE DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR MUJERES EN EL AÑO 1997. (Número de expediente 181/002011)**

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE EXPLICACIÓN DEL INCREMENTO DEL NÚMERO TOTAL DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL AÑO 1997. (Número de expediente 181/002012)**

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE ACTUACIONES ANTE EL AUMENTO EN EL AÑO 1997 DE LOS ACCIDENTES POR EL**

MECANISMO DE EXPOSICIÓN QUÍMICA O ENVENENAMIENTO. (Número de expediente 181/002013)

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE ACTUACIONES ANTE EL AUMENTO EN EL AÑO 1997 DE LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR MUJERES. (Número de expediente 181/002014)**

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE ACTUACIONES ANTE EL AUMENTO EN EL AÑO 1997 DE LOS ACCIDENTES POR EL MECANISMO DE CAÍDAS DESDE UN MISMO NIVEL. (Número de expediente 181/002015)**

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE EXPLICACIÓN DEL MOTIVO POR EL QUE LOS ACCIDENTES POR EL MECANISMO DE CAÍDAS DESDE UN MISMO NIVEL HAYAN AUMENTADO EN EL AÑO 1997. (Número de expediente 181/002016)**

— **DE LA SEÑORA MONTES CONTRERAS (GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE EXPLICACIÓN DEL HECHO DE QUE LOS ACCIDENTES POR EL MECANISMO DE EXPOSICIÓN QUÍMICA O ENVENENAMIENTO HAYAN AUMENTADO EN EL AÑO 1997. (Número de expediente 181/002017)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la formulación de las preguntas números 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 que figuran en el orden del día y que por acuerdo entre la señora Montes Contreras y el señor Castellón se formularán conjuntamente. Para su exposición, tiene la palabra la señora Montes.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Señor subsecretario, según el propio Instituto Nacional del Consumo los accidentes constituyen uno de los mayores problemas para la salud pública. En la mayoría de los casos son evitables, por lo que todas las partes implicadas deben tomar conciencia de sus responsabilidades y desarrollar acciones de prevención o sensibilización. Por esta razón se puso en marcha el programa de la Unión Europea denominado Sistema comunitario de información de accidentes en el hogar y de tiempo libre. Se trata de contar con estudios y estadísticas sobre los accidentes que ocurren en estos ámbitos, de los que hasta entonces no existían datos y que en las sociedades modernas ocupan un amplio espacio temporal. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)** Es lo que conocemos como informe Ehlass, que permite disponer de una información a partir de la cual se deben adoptar acciones variadas, como campañas de información y sensibilización a los grupos sociodemográficos de mayor riesgo, así como el control sobre productos de signifi-

tivo impacto en la siniestralidad, negociación con la industria para la mejora de la información preceptiva de los productos o si fuera necesario de las medidas de seguridad de los mismos; actualización o adopción (de normas y reglamentaciones de carácter general o específicas e intercambio de información y experiencias realizadas en los distintos Estados miembros participantes en el sistema Ehlass.

En nuestro país, que se incorporó al sistema Ehlass en el año 1986, la información que hemos recogido nos ha ido reflejando cómo cada año se observaba una disminución en el número de accidentes. Según los datos que tenemos a partir de 1993, año en el que se adopta el criterio de obtención de la información a través de encuestas domiciliarias, observamos que en 1993 se produjeron 4.093 accidentes; en el año 1995 se produjeron 3.278 accidentes; en el año 1996 se produjeron 3.240, pero los datos del último informe reflejan un incremento importante. En 1997 el número de accidentes sube a 3.724 y se produce un aumento en casi 500 accidentes, lo que representa un incremento por encima del 15 por ciento. Este incremento, que rompe la tendencia hasta 1996 —anteriormente veíamos cómo los accidentes disminuían en su número— debe hacernos reflexionar sobre las circunstancias que han provocado esta subida. La importancia de este informe consiste en disponer de unos datos a partir de los cuales se deben poner en marcha mecanismos de prevención encaminados a evitar los accidentes en el futuro. Por lo tanto, algo debe haber fallado para que se produzca este incremento reflejado en el informe correspondiente a 1997.

Por ello, le formulo la siguiente pregunta. ¿Cómo explica el Gobierno el incremento del número total de accidentes domésticos y de las actividades de ocio que se reflejan en el informe Ehlass, correspondiente al año 1997, elaborado por el Instituto Nacional del Consumo? En este informe se ponen de manifiesto que de un total de 3.240 accidentes en 1996 hemos pasado a 3.724 en 1997, especificando la explicación del incremento el número de accidentes sufridos por las mujeres, que ha pasado de un 53,1 por ciento a un 55,4 por ciento; del incremento de accidentes por el mecanismo de exposición química o envenenamiento, que ha pasado de un 0,9 por ciento a un 2,1 por ciento, y de los accidentes por el mecanismo de caídas desde un mismo nivel, que ha pasado del 35,5 por ciento al 38,5 por ciento en el informe de 1997. Nos gustaría conocer también la especificación de las actuaciones llevadas a cabo tras el informe de 1996 y las que se van a poner en marcha tras el de 1997, haciendo referencia a las campañas que se han efectuado y los grupos a los que se han dirigido, así como otras actuaciones que se hayan podido poner en marcha.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): El señor subsecretario puede contestar cuando guste.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): En primer lugar quiero señalar, respecto a la cuestión general relativa al número de accidentes, que, en mi opinión, se parte de un error de interpretación sobre los datos del

informe Ehlass del año 1997, ya que durante este año se contabilizaron un 1,3 por ciento menos de accidentes que en el año 1996. Durante 1997 sí se ha producido un incremento importante de los hogares e individuos en los que se ha realizado la encuesta, pasando de 57.347 hogares y 194.982 individuos en 1996, a 67.797 hogares y 229.833 individuos en 1997. Por tanto, de los 229.000 individuos contactados en 1997, 3.724 manifiestan haber padecido algún accidente calificado como doméstico o de tiempo libre. Lo mismo puede decirse respecto a los datos de 1996, en el que 3.240 individuos manifiestan haber padecido algún accidente calificado como doméstico o de tiempo libre. Por tanto, las cifras que se recogen en su pregunta —3.240 accidentes en el año 1996 y 3.724 en el año 1997— no corresponden a accidentes, sino al número total de individuos contactados o entrevistados que han manifestado haber padecido alguno de los siniestros definidos como Ehlass. A partir de aquí se puede estimar que en el año 1996 se produjeron 1.941.995 accidentes domésticos, mientras que en el año 1997 el total de siniestros ha sido menor, 1.916.490. Por tanto, se ha producido una disminución de la siniestralidad de un 1,3 por ciento. Abundando más en esta información, en el año 1996 de cada cien individuos se accidentaron el 4,97, mientras que en el año 1997 ha sido el 4,91. Por ello, la penetración por accidentes de Ehlass en los hogares se ha visto desacelerada en 1997. En el año 1996 de cada cien hogares en un 16,95 había un siniestro contabilizado y sin embargo en el año 1997 de cada cien hogares sólo se ha visto afectado el 13,23 por ciento.

No obstante, la valoración de los datos de esta encuesta y sus posibles extrapolaciones al universo de la población española deben hacerse con cautela, dado el componente aleatorio de los accidentes, a los que hay que añadir los márgenes de error estadísticos en la técnica utilizada. Por ello, lo relevante del informe Ehlass es que es de gran utilidad para establecer tendencias, posibilitando la adopción de medidas de diversa índole, así como el intercambio de información y de experiencias entre los distintos Estados miembros de la Unión Europea que participan en el sistema. Aparte de esto, creo que es un elemento valioso que se aporta para sensibilizar a todos los agentes sociales, medios de comunicación y opinión pública en general sobre la incidencia que tiene este tipo de accidentes en el hogar y durante el desarrollo de las actividades de tiempo libre.

Respecto a las actuaciones con otra serie de cuestiones que se derivan de la información estadística que aporta Ehlass, tengo que decir que el diseño de esta encuesta es el de un instrumento de información para recoger los datos producidos en el hogar o en su entorno inmediato, así como durante la realización de aquellas actividades que podemos calificar de no remuneradas y como consecuencia de las cuales se ha requerido necesariamente la intervención de un médico. En esta línea el sistema también recoge información sobre aspectos concernientes a la seguridad de los productos y, en particular, sobre la interrelación que se produce entre el entorno y la víctima en el momento en que acaece el accidente. Son datos de evidente importancia para la protección del

consumidor, sobre todo desde el punto de vista de la prevención y la seguridad.

Hay una mayor incidencia, que también se ha comentado, de este tipo de accidentes en las mujeres con respecto a los hombres, tanto en el informe Ehlass de 1997 como en aquellos informes que se han realizado desde el año 1993, que ya recogen esta tendencia que, en mi opinión, está relacionada con las propias características del sistema, que se dirige a recoger accidentes producidos en la esfera del hogar, el ocio y el tiempo libre y al hecho de que la muestra se selecciona en base al número, de domicilios. No obstante, es cierto que la siniestralidad estimada en las mujeres durante 1997 se ha incrementado en un 2,87 por ciento respecto a la del año 1996. Sin que los datos de la encuesta permitan establecer que esté causada por una mayor exposición a existencia de riesgos o una mayor exposición a los mismos. Probablemente está relacionado con el esfuerzo que se ha hecho el pasado año para mejorar el estudio, incrementando el número de hogares encuestados, lo que ha permitido obtener cifras más cercanas a la realidad. Por tanto, por el hecho de que se contactaron más hogares en 1997 que en 1996, por la probabilidad estadística de que el mayor número de entrevistas se realiza con mujeres, aparece una información más exhaustiva respecto a ellas. Además, entre las razones que podrían explicar esta mayor incidencia, aparte de las dificultades estadísticas que he comentado, de los accidentes domésticos y de tiempo libre en las mujeres, se pueden apuntar algunas, a título de hipótesis. La primera es que la distribución de la pirámide poblacional española, a partir de los 55 años, arroja un saldo positivo en favor de las mujeres, lo que se hace mucho más patente según se incrementa la variable edad, y teniendo en cuenta que este tipo de lesiones, que tienen mayor incidencia en las mujeres, una parte no desdeñable de su siniestralidad se vincula con algunos problemas morfológicos que afectan más a las mujeres, como es la osteoporosis, sobre todo por encima de ciertas edades. En segundo lugar, el ámbito de investigación del sistema Ehlass se deriva de una mayor actividad femenina. Según los datos de 1997 en el hogar ocurre el 36,6 por ciento de los accidentes reflejados en Ehlass, de los que el 69,4 por ciento corresponde a mujeres precisamente por el diseño que tiene la encuesta. Sin embargo, y quizá como una manifestación del cambio de los hábitos sociales de la población española, el índice de siniestralidad de los varones está experimentando ligeros incrementos desde 1993, que es el año del que se dispone de datos. Una tercera razón para estas diferencias pudiera estar en los cambios en las formas de vida, porque también se viene observando un incremento en la siniestralidad de las mujeres en actividades o espacios en los que hasta hace pocos años eran predominantes de los varones, como puede ser fundamentalmente la práctica deportiva.

En definitiva, la línea de trabajo que las Administraciones públicas pueden seguir se concreta en un doble frente: el incremento de la información y la intensificación del control. En relación con la información, independientemente de las actuaciones realizadas por las distintas Administraciones públicas, se ha distribuido información como pegatinas, etcétera, sobre símbolos y

leyendas de los productos que podemos denominar peligrosos. Además, este año se está desarrollando por la Confederación Española de Amas de Casa y Consumidores y Usuarios una campaña que está subvencionada íntegramente por el Instituto Nacional del Consumo para la prevención de accidentes domésticos. En este programa se prevé la edición y distribución de 300.000 guías que indican específicamente los riesgos de siniestralidad en los hogares, ámbito en el que se producen la mayor parte de los accidentes. Y respecto al control del mercado pretendemos incrementar, según lo previsto en el plan estratégico del Instituto Nacional del Consumo, la inspección y analítica de todos los productos denominados industriales que se utilizan en los domicilios y que conllevan determinados riesgos o peligros.

Esta es una de las medidas que ya vienen desarrollando las administraciones de consumo desde hace varios años, y a modo de ejemplo puedo indicar que durante el año 1997 las actividades inspectoras de productos industriales han aumentado un 9 por ciento con respecto a 1996. También se han incrementado las actividades de control y analítica de muestras, tanto de las que realiza el Centro de Investigación y Control de Calidad, perteneciente al Instituto Nacional del Consumo, como las que efectúan las demás administraciones. En 1997, año al que también nos hemos referido, el número de muestras de productos industriales investigadas en este centro y en el Instituto Nacional del Consumo se ha incrementado en un 4 por ciento con respecto al año anterior.

En relación con la cuestión que también se ha planteado sobre los datos de problemas específicos, como accidentes por exposición química o envenenamiento, que han aumentado desde 1996 del 1 al 2,1 por ciento en el informe de 1997, tengo que decir que esta información es correcta, que preocupa al departamento, sin duda, y también es concordante con la información que se ha elaborado por otras fuentes, como el Servicio de Información Toxicológica. Podemos pensar que este incremento está relacionado con la mejora del sistema de recogida de información, porque en 1997 la selección de muestras ya se realizó con criterios que tienen una probabilidad de error del orden del más/menos 1,7 por ciento. Este error de muestreo era superior el año anterior.

De todas formas, es cierto que de los datos conjuntos de la Unión Europea, que recogemos del último informe de la Dirección General, para el conjunto del programa Ehlass, en los siniestros motivados por envenenamiento o intoxicación han aumentado en un 15,47 por ciento. Según los datos que podemos apreciar, estos envenenamientos se han producido en un 40 por ciento de los casos por azar, en un 16,4 por descuidos, en un 16,3 por imprudencia o temeridad y en una proporción muy pequeña, del 1,3 por ciento, por no seguir las instrucciones de uso del producto. La conclusión, por tanto, es que solamente en una proporción muy pequeña se deben los accidentes a deficiencias o falta de información del producto, lo que nos lleva a pensar que las actuaciones de prevención que ya se han venido desarrollando deben seguir manteniéndose en el sentido de iniciar acciones dirigidas a sensibilizar a la opinión pública, mediante comunicados, cursos, conferencias sobre seguridad de

los productos y desarrollando una política formativa e informativa para el consumidor. En ese sentido, durante el año 1998 ya se ha distribuido mucha información para intentar concienciar al consumidor acerca de los riesgos que existen y que no vienen derivados, como he dicho, de la información directa que contienen los productos en sus etiquetas.

Aparte de esto, y como nunca está de más insistir, se han desarrollado acuerdos con los sectores económicos implicados en la elaboración de productos de limpieza, fundamentalmente, al objeto de mejorar la información y las instrucciones de uso, así como la mejora de los envases y los cierres de seguridad. Se han alcanzado acuerdos con asociaciones de empresas de artículos de limpieza y con la Federación de Asociaciones de Fabricantes de Lejía y Derivados para reforzar estas medidas de seguridad. También se han modificado algunas normas legales para reforzar las vías de prevención. Está en trámite un proyecto de real decreto por el que se regula la reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y productos limpiadores por el que se obliga a colorear y no aromatizar los lavavajillas líquidos clasificados como corrosivos, que es un ejemplo de cómo la normativa puede contribuir a disminuir la toxicidad de algunos productos de uso habitual. Aparte de esto, en materia de control del mercado se han iniciado también algunas medidas para informar a los consumidores de algunos componentes de ciertos productos de limpieza como, por ejemplo, el fluorosilicato de magnesio, que también puede tener efectos negativos sobre la salud.

Finalmente, y en relación con otro problema que también se ha detectado, el informe Ehlass se refiere al número de accidentes por caída en el mismo nivel, que suponía el 35,5 por ciento del total de los accidentes en 1996 y que han pasado al 38,5 por ciento en 1997. También aquí observamos un discreto incremento de accidentes ocasionados por las caídas de un mismo nivel. Son accidentes en general poco graves, ya que solamente han requerido hospitalización un 6,8 por ciento de los mismos, fundamentalmente entre mujeres mayores de 45 años y varones de más de 65. Creo que lo que debemos pensar a la vista de estos datos, como comentábamos en el caso anterior, es que reflejan una tendencia, por lo que habría que esperar a tener una serie más prolongada para saber hasta qué punto están implicados mecanismos que convendría estudiar con más profundidad. No hay una explicación única en cualquier caso para este mínimo incremento de la casuística en caídas, pero probablemente tenga que ver también, como he comentado en el primer caso, el cambio de la estructura de la población española.

No puede decirse que el causante de todos estos accidentes sea el producto, aunque lo sea en algunos casos, sino que casi todos sobrevienen por descuidos o escasa precaución por parte de los afectados. Una de las cuestiones que también subyace en los datos que se han obtenido y que tiene implicaciones en el diseño de actuaciones específicas y válidas es que hay un cierto comportamiento fatalista por parte de los accidentados, lo que se deduce del hecho de que más del 50 por ciento de los encues-

tados que han afirmado haber tenido un accidente no han adoptado ninguna medida de prevención o cuidado para evitar su repetición. De manera que las actuaciones que el Ministerio, en este caso el Instituto Nacional del Consumo, puede adoptar para prevenir este tipo de accidentes se concretan en mejorar la formación y conocimiento de los ciudadanos, además de las medidas que ya están desarrollando otras administraciones competentes para eliminar barreras arquitectónicas. De hecho, en lo que se refiere a la competencia más propia del Ministerio de Sanidad y Consumo, durante este año se han desarrollado concretamente diez cursos de siniestralidad impartidos por personal del Instituto Nacional del Consumo y que se dirigen al personal de consumo de las distintas administraciones locales y territoriales. Además se han impartido en diferentes comunidades autónomas, como Madrid, Castilla-La Mancha, Cantabria, País Vasco y Andalucía, y su objetivo no es otro que desarrollar una acción preventiva en cascada, de tal manera que la mejora de la formación de los profesionales de las administraciones locales repercute a su vez en las asociaciones de consumidores y usuarios y las de éstas en los ciudadanos.

Con esto termino, y si SS.SS. creen que algo se ha quedado sin contestar, con mucho gusto responderé en mi siguiente intervención.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Gracias, señor Castellón.

Señora Montes.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Señor subsecretario, los datos de los que yo le hablaba son los que figuran en el informe Ehlass que el Ministerio nos ha enviado a los grupos parlamentarios. Quiero señalarle que concretamente a mí me preocupa el incremento de los accidentes que se han producido por el mecanismo de envenenamiento o exposición química y por el mecanismo de las caídas de un mismo nivel, ya que tienen que ver con la información y con la seguridad que ofrecen los productos, con las condiciones físicas de las vías públicas y el interior de los hogares, así como con las condiciones de las personas que sufren estos accidentes. No descarto, lógicamente, que la edad sea un factor determinante, pero no es menos cierto que las condiciones físicas en las que se desenvuelven también tienen algo que ver. Tras los datos que poseemos parece necesario profundizar, en su caso, o poner en marcha actuaciones que frenen la tendencia, ahora iniciada, a través de negociaciones con la industria, información a los consumidores y actuaciones urbanísticas en nuestras ciudades que las hagan más transitables para los ciudadanos y, sobre todo, para las ciudadanas, que son las que sufren mayor número de accidentes por caídas desde un mismo nivel tanto en la vía pública como en el interior de los hogares. También creemos necesario un impulso mayor en la política de viviendas, pues ayudaría a que las condiciones físicas de los hogares no provocasen el actual número de accidentes debidos a resbalones y desniveles en los mismos, con independencia del estado físico de la persona que sufre el accidente. Mención aparte requiere el incremento del número de accidentes sufridos por las mujeres que

refleja el informe correspondiente a 1997. Estos accidentes tienen que ver con el nivel de salud que tienen las mujeres, el espacio físico en el que se desenvuelven y las condiciones y situación social que ocupa la mujer en la sociedad. Hay una serie de condicionantes externos e internos que hacen al género femenino más proclive a este tipo de accidentes. En efecto, situaciones como la violencia doméstica, el escaso acceso a los bienes económicos y la progresiva feminización de la pobreza, la precariedad laboral, las responsabilidades domésticas y familiares no compartidas, son circunstancias que pueden actuar en diversas combinaciones y que hacen a las mujeres especialmente vulnerables.

En los países europeos de nuestro entorno cada vez se tiene una mayor conciencia de las dificultades de la mujer como género, y se dedican importantes esfuerzos a conseguir una mayor equidad entre los sexos. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** En nuestro país, con un Gobierno del Partido Popular, hemos visto cómo se anuncian planes de igualdad, incluso planes de atención integral a la salud de las mujeres, con los que se intenta dar la imagen de sensibilidad ante los problemas de las mujeres. Se nos intenta hacer ver que se ponen en marcha actuaciones novedosas cuando a lo más que se llega es a mantener una serie de actuaciones que ya venían desarrollándose por parte de otros gobiernos. Pero la sensación que tenemos muchas veces es que estas políticas de promoción de las mujeres y de discriminación positiva hacia ellas están sufriendo un parón, y no nos cabe ninguna duda de que el mismo tiene que ver con el aumento de los accidentes en tanto que las condiciones desfavorables en las que nos desenvolvemos normalmente las mujeres hacen que la atención esté dispersa, como digo, por las circunstancias en las que nos movemos.

Los datos que refleja el informe ponen de manifiesto cómo es necesario que por parte de las administraciones se articulen mecanismos que realmente tengan incidencia en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. Por tanto, esperamos que el Gobierno, tras los datos que tiene sobre la mesa, tome conciencia del problema, del incremento del número de accidentes, y articule actuaciones encaminadas a frenarlas, frente a las actuaciones de autopropaganda a las que es tan proclive. En definitiva, que pase de las declaraciones de intenciones a actuaciones integrales e integradas en todos los sectores que favorezcan la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.

Tras el informe correspondiente al año 1996, el señor Romay no dudó en autoadjudicarse el éxito de la reducción del número de accidentes domésticos y de ocio como fruto de la gran prioridad que para su Gobierno significaba la política de consumo y la seguridad de los productos. Ante los nuevos datos de que disponemos ahora hay que sacar conclusiones y asumir las responsabilidades que en materia de autoridad sanitaria y de coordinación tiene el Gobierno.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señoría, circunscribiéndome al ámbito estricto de esta encuesta, lo que de ella

se puede derivar para mejorar las condiciones de los afectados y disminuir en lo posible la incidencia de estos accidentes ocurridos en el hogar y en relación con el tiempo libre, creo que la clave está en el análisis estadístico profundo de la información, porque estamos ante una encuesta que no se ha hecho con los mismos criterios año tras año, y las comparaciones hay que matizarlas muy bien para saber si tenemos incrementos o si éstos son debidos simplemente al tipo de medición de las variables. En ese sentido, he intentando distinguir entre posibles incrementos o decrementos propios de los márgenes de error derivado del análisis de estas variables, de aquellas hipótesis que se podrían poner encima de la mesa del porqué en vinos casos podría aumentar el número de accidentes en el hogar entre las mujeres o bien por qué en el conjunto de la Unión Europea tienden a aumentar los accidentes por envenenamiento o intoxicación. Una vez discriminado el análisis podremos saber o entender algunas causas que podrían ser modificables. En ese sentido, el Ministerio está trabajando de hecho en la cuestión de la información directa de etiquetado de los productos para prevenir este tipo de accidentes. Pero, como he comentado, también hemos detectado muchas situaciones en las cuales no hay un problema de información directa de los productos, sino que se trata de poner medidas de prevención por parte de los posibles afectados. La manera más fácil de acceder a ellas —a pesar de las dificultades que supone acceder a este tipo de cuestiones en las que la gente, como he dicho, es un poco fatalista— consiste en hacer un sistema de información en cascada, en el Ministerio, a través del Instituto Nacional del Consumo, en las comunidades autónomas a través de otro tipo de información y formación, éstas a través de los consumidores y éstos directamente a los ciudadanos. Ese es el papel que el Ministerio está jugando directamente en esa dirección y, lógicamente, transmitiendo la información pertinente a otros departamentos que son competentes en otras cuestiones, como en el tema de la seguridad en la vía pública o en la eliminación de barreras arquitectónicas, cuestiones que, como sabe S.S., no son competencia de nuestro departamento.

Me va a permitir que, con todo respeto, no entre en otras cuestiones de índole sociológica acerca del papel de la mujer, porque creo que no corresponde al ámbito estricto de este estudio, excepto en lo que ya he comentado, por una situación de hecho, porque la forma en que se produce esta encuesta tiende a la encuesta directa en el domicilio, y en estos momentos y en nuestra sociedad la probabilidad de que sean contestadas mayoritariamente por mujeres es superior. Sólo voy a decir esto porque, como digo, creo que estas cuestiones no corresponden al ámbito de esta pregunta ni de este informe, y hay otras cuestiones en las que probablemente estemos de acuerdo, sin duda la mayoría.

— **COMPARECENCIA DEL SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL), PARA INFORMAR ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE PUBLICIDAD ENGAÑOSA EN EL FOLLETO TITULADO «LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS EN NUESTRO ENTORNO,**

EDITADO POR UNESA Y CON DEPÓSITO LEGAL M-27655-1997. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 212/001300)

El señor **PRESIDENTE**: Siguiendo el orden del día, pasamos a la comparecencia del Subsecretario de Sanidad y Consumo ante la Comisión de Sanidad y Consumo para informar acerca de la posibilidad de publicidad engañosa en el folleto titulado **LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS EN NUESTRO ENTORNO**, editado por Unesa y con depósito legal M-27655-1997, a solicitud del Grupo Socialista del Congreso.

Tiene la palabra el señor Castellón Leal.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señor presidente, señorías, procedo a informales sobre la posibilidad de que haya existido publicidad engañosa en el folleto titulado **LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS EN NUESTRO ENTORNO**, editado por Unesa.

Antes de entrar a valorar el contenido del folleto, quisiera recordarles que en la revisión actualizada de la bibliografía científica publicada se puede establecer que no existen evidencias científicas sobre riesgos para la salud de las personas que viven expuestas a los campos electromagnéticos próximos a las líneas de alta tensión. Es decir, desde el punto de vista de la salud pública se puede afirmar que no existe evidencia científica clara y consistente que demuestre una relación causal entre exposición a campos electromagnéticos procedentes de líneas de alta tensión y enfermedades degenerativas. La preocupación social que haya podido generarse por la supuesta asociación entre exposiciones a campos electromagnéticos y cáncer no está basada en criterios científicos rigurosos, consistentes y objetivos. Sin embargo, por un principio de cautela, se sigue, de momento, investigando y revisando los límites de exposición laboral y doméstica a los campos electromagnéticos pero, fundamentalmente, como comentaré después, a causa de sus potenciales efectos agudos en determinadas condiciones.

Con el objetivo de responder a la inquietud de la opinión pública sobre este tema, quisiera recordarles que el Grupo Parlamentario Popular presentó en enero de 1997 una proposición no de ley relativa a la constitución de un grupo de trabajo en el seno del Ciemat (Centro de Investigaciones Energéticas Medioambientales y Tecnológicas) para que estudie e informe sobre eventuales riesgos de contaminación electromagnética derivados de las líneas de transporte de energía eléctrica existentes en nuestro país para su debate en la Comisión de Industria y Energía, del Congreso de los Diputados. Las conclusiones de ese informe coinciden y confirman que la revisión de la información científica y técnica más significativa sobre los efectos de los campos electromagnéticos de frecuencia extremadamente baja, es decir, de 50 a 60 hercios, no proporciona evidencias de que la exposición procedente de líneas de alta tensión suponga un riesgo para la salud humana o el medio ambiente. Los estudios epidemiológicos y experimentales no demuestran que estos campos produzcan cáncer, efectos sobre la reproducción y el

desarrollo o alteraciones mentales y del comportamiento. Desde el punto de vista físico y biológico no se han podido identificar mecanismos que expliquen cómo estos campos podían producir efectos adversos en el organismo más allá del efecto inmediato y en determinadas circunstancias, es decir, en campos variables a frecuencias menores de 100 kilohercios y con densidades de corriente superiores a 10 miliamperios por metro cuadrado, en campos a frecuencias de 100 kilohercios a 300 gigahercios y exposiciones prolongadas.

Dicho todo esto, quiero señalar a SS.SS. que, después de la lectura del folleto editado por Unesa: **LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS EN NUESTRO ENTORNO**, no podemos considerar que su contenido pueda calificarse de publicidad ni por tanto de publicidad engañosa. La finalidad de este folleto es dar una explicación desde el punto de vista de las empresas eléctricas españolas sobre los campos electromagnéticos y su influencia sobre la salud y el medio ambiente. No se observan ideas, mensajes o comentarios que tengan por objetivo engañar o deformar los conocimientos actuales sobre los campos electromagnéticos. Sin embargo, tengo que decirles que pudiera adolecer de una cierta falta de rigor científico en alguna de sus afirmaciones, que no pueden ser tachadas de falsas, sino más bien de que muestran determinados aspectos de la cuestión de una manera parcial. No puede ser calificado de publicidad, digo, puesto que éste no es el objetivo del folleto y tampoco se puede encuadrar dentro de lo que nuestra legislación define como tal. De la misma forma no puede ser calificado con rigor de publicidad engañosa, dado que no induce mediante engaño a la compra de ningún producto ni está en ninguno de los otros supuestos contemplados como publicidad ilícita o engañosa en la Ley General de Publicidad. Como he señalado hace un momento, si podría ser criticado por una cierta falta de rigor científico al hacer afirmaciones rotundas sin mencionar la fuente científica en la que se basa o hacer algunas comparaciones desafortunadas sobre los riesgos de otros productos en relación con los campos electromagnéticos.

Comentaré antes de concluir, un editorial del viceeditor de la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*, que en julio del año 1997 defendía la opinión de interrumpir la investigación sobre los efectos de los campos electromagnéticos procedentes de las líneas de alta tensión y argumentaba que 18 años de investigación habían producido una considerable paranoia, pero pocas ideas claras y ninguna prevención. Es hora de dejar de desperdiciar nuestros recursos de investigación. Yo no suscribo que se deje de investigar y en ese sentido nos atendremos a las recomendaciones de la Unión Europea, pero quisiera reflejar un estado de opinión sobre la investigación en esta materia. Tal vez la controversia sobre los campos electromagnéticos ha creado una preocupación social. En ese sentido me mantengo absolutamente respetuoso con las percepciones que de los riesgos puedan tener los ciudadanos, pero no está justificada por la evidencia científica. La opinión pública —como saben SS.SS.— a veces tiene una percepción de los peligros para la salud muy diferente de la autorizada por las pruebas científicas. No cabe duda de que los campos electro-

magnéticos han atraído la atención de los medios de comunicación, que se han hecho eco de quejas o sospechas que no han podido ser demostradas y de algunas decisiones judiciales sobre el enterramiento de líneas de alta tensión. Desde el punto de vista estético, seguro que estamos todos de acuerdo en la necesidad de reducir el impacto de las líneas de alta tensión, pero no deberíamos contribuir a promover la ansiedad o el miedo injustificado de la población, que podría ser manipulada por intereses diversos.

No quisiera tampoco dejar de citar las conclusiones formuladas por un grupo de expertos, coordinados por el Instituto Nacional para el Trabajo en Suecia, que ha publicado en el año 1997 un trabajo, financiado por la Comisión Europea, sobre las posibles implicaciones para la salud de los síntomas subjetivos y los campos electromagnéticos. Entre las recomendaciones se afirma que el limitado número de individuos afectados y la ausencia de evidencia causal de los campos electromagnéticos no justifica los informes alarmistas. Recomienda, en todo caso, realizar investigaciones sobre hipótesis y sugiere dar más importancia a otras áreas de investigación, tales como la percepción de riesgos de la población y las estrategias de información y comunicación sobre los riesgos atribuidos a los campos electromagnéticos. Por estas razones parece razonable proponer un debate sereno y objetivo basado en evidencias científicas y no en opiniones subjetivas.

Por último, y por un principio elemental de cautela, he de señalar a SS.SS. que la Comisión Europea ha coordinado un grupo de expertos procedentes de todos los países de la Unión que ha elaborado una propuesta de recomendación relativa a la limitación de la exposición de los ciudadanos a los campos electromagnéticos de cero hercios a 300 gigahercios. Esta propuesta, que de momento sólo ha sido presentada al Consejo de Ministros de Sanidad en la última reunión del Consejo de la Unión Europea el pasado día 9 de noviembre, tiene como objetivo establecer restricciones y niveles de referencia para prevenir la exposición a los ciudadanos a los efectos agudos —y quiero insistir en esta cuestión— de los campos electromagnéticos procedentes de las líneas de alta tensión, aparatos eléctricos, sistemas ferroviarios, transmisores de radiodifusión, telefonía móvil, radar y aparatos electrodomésticos. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** En la citada recomendación no se establecen límites para evitar los efectos crónicos a largo plazo, porque se reconoce que no hay evidencia científica para ello. Los criterios técnicos de esta propuesta se basan en las recomendaciones de la Asociación Internacional para la Protección Radiológica y de la Asociación Internacional para la Protección de Radiación no ionizante.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a la luz de estas propuestas, adoptará las medidas necesarias para aplicar en nuestro país las recomendaciones que apruebe la Unión Europea.

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

El señor **BLANCO GARCÍA:** Como preámbulo a mi contestación al señor subsecretario, señor Castellón, me van a permitir que me retrotraiga a diciembre del año 1997, a una respuesta dada por el Gobierno a una pregunta hecha por escrito por mí mismo sobre esta materia. Lo digo con ánimo constructivo, para que desde el Gobierno, en este caso el Ministerio de Sanidad, se tenga una mayor cortesía a la hora de responder a las preguntas de los diputados, porque cuando preguntaba sobre los campos electromagnéticos en nuestro entorno, y en concreto sobre este folleto, el Ministerio de Sanidad y Consumo decía que no tenía conocimiento del referido folleto, careciendo en consecuencia de cualquier dato, contenido, destinatarios, etcétera, que le permitan un pronunciamiento. Esta no es manera de responder a un diputado, no es manera de entender los problemas. Y luego me viene a decir, que efectivamente debe haber una falta de rigor científico, que haya afirmaciones desafortunadas, pero previamente hemos tardado un año en aclarar algunas cosas. Lo podíamos haber hecho en diciembre de 1997 con una respuesta bastante más clara.

¿De qué se trata aquí? En principio de ocultar la realidad en una respuesta a un diputado que entiende que existe una absoluta falta de rigor en este folleto. Se trata de ocultar la realidad, pero también se trata de proteger a las eléctricas, ya que este folleto lo edita Unesa, y entre otras Endesa, que en aquella época era una empresa mayoritariamente pública y, por tanto, dependiente del Gobierno.

Yo, estoy de acuerdo con muchas de las afirmaciones que ha realizado el señor subsecretario, el señor Castellón, por ejemplo que no tenemos que hacer un debate alarmista sobre la materia, fundamentalmente porque no hay datos concluyentes al respecto. En eso estoy absolutamente de acuerdo y no pretendo hacer ningún debate alarmista. Ahora bien, lo que no quiero tampoco es ocultar los problemas que se plantean en esta materia. El citado folleto, llamado **LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS EN NUESTRO ENTORNO**, en su página 19, hace una breve historia de lo que han sido los estudios sobre estos campos electromagnéticos y cita que, en el año 1992, el famoso estudio sueco atrajo la atención de los medios de comunicación porque se centró en niños y adultos que vivían cerca de las líneas de alta tensión y su conclusión principal fue que el riesgo de padecer leucemia infantil era mayor en los niños con un nivel de exposición superior a 0,2 microteslas, que es la unidad de medida de los campos electromagnéticos. Dice también que las conclusiones de este estudio fueron incrementando la atención hacia las consecuencias de estos campos eléctricos y magnéticos y, que estudios posteriores realizados en otros países como Dinamarca, Finlandia y Noruega, que utilizaban una metodología parecida, no encontraron que el hecho de vivir en la proximidad de instalaciones eléctricas diera lugar a un mayor riesgo de leucemia. Y concluye afirmando que el estudio más completo ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine*, de fecha 3 de julio de 1997, de la que el señor Castellón ha citado el editorial, pero no el estudio.

Yo quiero decir que es absolutamente mentira lo que dice este folleto con respecto a las conclusiones a las que llegan los autores de ese estudio.

En el folleto editado por las eléctricas se dice: Este estudio concluye, igualmente, que no existe evidencia de que el vivir en casas en un campo electromagnético elevado esté relacionado con una mayor incidencia de leucemia infantil. Sin embargo, el estudio que tengo en mi poder y que le puedo hacer llegar —aunque ya lo conoce el señor Castellón— señala, entre otras cosas: Nosotros no podemos excluir —estoy traduciendo literalmente— la posibilidad de un incremento en el riesgo entre los niños en casas sometidas a niveles de altos campos magnéticos, como ya fue sugerido en los estudios que así lo estimaban usando históricas series de exposición de viviendas en los corredores de campos magnéticos. En la bibliografía se ve que las series que cita están tomadas de los estudios realizados por los suecos. Señalan que no pueden excluir que por encima de las dos microteslas se pueda producir este incremento del riesgo. Además, este estudio se refiere, única y exclusivamente, a la leucemia linfoblástica y, como saben SS.SS., hay muchas y variadas clases de leucemias, no solamente aquéllas que parten del linfocito o del linfoblasto como célula progenitora. Este folleto no hay por donde cogerlo. Hasta aquí podemos estar incluso de acuerdo, señor Castellón. ¿Falta de rigor científico? No. Dice mentiras, calla verdades y, además, hace afirmaciones efectivamente desafortunadas. En eso estoy absolutamente de acuerdo con usted.

Ahora entramos en otra historia, que es si esto se considera publicidad o no. A partir de aquí, usted también disculpa este tipo de publicaciones porque dice que esto no es publicidad. Pues bien, si este folleto, que ha sido enviado a todos los diputados y senadores y a todas las instituciones de toda España —que yo sepa, ayuntamientos, diputaciones, comunidades autónomas—, no es publicidad y lo que se pretende con ello no es cambiar el ambiente o la mentalidad de los políticos sobre las incidencias, perniciosas, que los campos electromagnéticos puedan tener en el entorno, en las viviendas, en los chiquillos, en los humanos, en general, no sé qué entiende usted por publicidad. Será publicidad restringida. Evidentemente, esto no ha aparecido en televisión ni en las páginas de ningún periódico, pero ha llegado a personas que formamos, digamos, los cuadros medios de esta sociedad en el ambiente político y que tenemos capacidad de decidir precisamente sobre estas materias: por dónde va o por dónde no va una línea de alta tensión, si se edifica cerca o debajo de líneas de alta tensión ya establecidas, etcétera. Por eso, señor Castellón, a mí me parece que ustedes deben tener mucho más cuidado con estas cuestiones. Yo no sé si amparados en la Ley de publicidad o no, pero como Gobierno tienen que tener ustedes más rigor y no permitir que empresas públicas —entonces eran públicas— ni privadas hagan este tipo de folletos. Hay que exigir rigor. En segundo lugar, entendiendo que es una publicidad, aunque sea restringida, ustedes deben aplicar la Ley de publicidad y para eso está el Instituto Nacional del Consumo. No pueden despachar esto diciéndome que no conocen el folleto. ¿Cómo no van a conocer el folleto si usted ha tenido que venir aquí a expresar la opinión del Ministerio y nos ha dado una serie de explicaciones, legales e incluso científicas, de cómo está la cuestión?

Efectivamente, el Parlamento Europeo ya ha hecho recomendaciones. Sigue realizando más estudios y profundizando en ellos, pero ya ha hecho una recomendación por la cual se aconseja que en los pasillos de los cables de alta tensión quede excluida cualquier actividad permanente y, con mayor razón, cualquier vivienda; esta recomendación es de mayo de 1994.

Señor Castellón, yo comprendo que estamos debatiendo sobre una materia que es delicada porque todavía no hay evidencias científicas concluyentes, lo cual no quiere decir que no haya evidencias parciales, con las cuales hay que tener cuidado, de sus efectos sobre la salud de los ciudadanos que están expuestos a estos campos electromagnéticos, y ésa es una misión del Ministerio. También tengo que decirle que la Fiscalía de Madrid, en febrero de este año, inició una causa en contra de las eléctricas —en este caso es Iberdrola— porque ha abierto pasillos eléctricos en Madrid que no es que superen las 0,2 microteslas, sino que, según la información del fiscal, están cuatro o cinco veces por encima de estas unidades de medida de campos electromagnéticos. Ya empezamos a tener algunas bases para saber por dónde se deben guiar las instituciones públicas, porque el Instituto de Bioelectromagnetismo de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares, de Madrid —creo que será un instituto riguroso— ha puesto de manifiesto que los estudios epidemiológicos indican que a partir de las 0,2 microteslas aumenta el factor de riesgo. Esto no quiere decir que se vayan a producir leucemias o tumores, pero sí que aumenta el factor de riesgo para determinadas enfermedades, particularmente en los niños.

En conclusión, creo que ustedes deben tener más cuidado con los folletos que interesadamente las empresas, privadas o públicas, puedan hacer para generar mayor beneficio. En primer lugar, el Gobierno debe proteger la salud pública y debe tratar de que a los ciudadanos (incluidos diputados, senadores, alcaldes, diputados provinciales y todos los cargos institucionales a los que ha llegado este folleto) no se les engañe y, en segundo lugar, tengan ustedes más consideración con los diputados a la hora de responder preguntas, den ustedes respuestas más abiertas y no intenten ocultar ni proteger a las eléctricas, que bastante lo está haciendo ya el Ministerio de Industria. Tratemos de que, por lo menos en Sanidad, esto se haga con más claridad y más transparencia.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor Castellón.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Empezando por la pregunta escrita del señor diputado, tengo que decirle que el Ministerio, en el momento de contestar a esa pregunta (y siento que se pueda hacer una interpretación distinta, porque, desde luego, no era ésa nuestra intención), no tenía información sobre ese folleto (que estaba dirigido —entrecorrido— a los consumidores en general) ni hay tampoco obligación alguna de que este tipo de folletos de propaganda se pongan previamente en conocimiento de la Administración. En aquellas circunstancias, la contestación que se dio fue rigurosa y sin el más míni-

mo interés de ocultar absolutamente nada ni mucho menos de proceder de manera descortés con el señor diputado. Precisamente a raíz de esta pregunta se hicieron las gestiones necesarias para obtener el folleto. Si hubiéramos esperado a obtener el folleto para contestar al señor diputado, seguramente habríamos incumplido los plazos establecidos por la Cámara para la contestación, y tampoco queríamos que eso sucediera. Es verdad —yo he insistido en ello— que el folleto en cuestión adolece de escaso criterio científico y que indudablemente tendrá sus intereses, pero, a pesar de que seguro que es así, yo insisto en que es difícil aplicarle la normativa sobre publicidad engañosa. El señor diputado tiene razón citando se refiere a estas informaciones parciales en las que se dicen las cosas de una manera que no es enteramente exacta, aunque en este caso la exactitud es matizable porque los estudios son muy poco concluyentes y, si bien es cierto, que existen algunos datos y algún estudio (hasta la fecha, el estudio sueco) sobre las leucemias infantiles, lo que sí tendría que decirle es que en el borrador de la propuesta que se hizo el pasado 9 de noviembre en el Consejo de Ministros de la Unión Europea (eventualmente será un documento que se aprobará, aunque ahora mismo no puedo precisar con qué fecha) se alude a un dato epidemiológico sobre el riesgo de cáncer asociado con la exposición a campos de frecuencia extremadamente baja y señala que, respecto a individuos que viven cerca de líneas eléctricas, pudiera indicarse un riesgo ligeramente mayor de leucemia infantil; sin embargo, los estudios no indican un riesgo similar de ningún otro tipo de cáncer infantil y de ninguna forma de cáncer de adultos.

Se desconoce en qué se podría basar esta hipotética relación y, al no existir el apoyo de los estudios de laboratorio, los estudios epidemiológicos se consideran insuficientes para permitir la recomendación de un límite de exposición. Es más, no es que los datos de laboratorio no existan, es que son contrarios porque —dice concretamente—, en campos por debajo de 100 kilohercios y con una densidad de corriente superior a 10.000 amperios por metro cuadrado, no hay pruebas empíricas convincentes de que estos campos causen un daño genético y, por lo tanto, es muy poco probable que puedan contribuir de alguna manera al inicio del cáncer. Es decir, no existen pruebas convincentes del efecto cancerígeno de estos campos y estos datos no pueden utilizarse como base para la elaboración de directrices de exposición, aunque también estoy de acuerdo con el señor diputado en que en el estudio, siendo la leucemia linfoblástica aguda el caso más típico en niños, no se han contemplado otros tipos de leucemias. Por eso, también, a pesar de que no hay mucha evidencia, para que se pueda dar carta de naturaleza a esta hipótesis, en las expectativas que se plantean, se dice que se promoverá por parte de los Estados y se revisará la investigación pertinente sobre campos electromagnéticos, que es justamente lo que nosotros vamos a hacer. Y vuelvo al folleto. Si el folleto pretendiese —eso no lo puedo saber porque no me puedo poner en el lugar de los autores del folleto— un comportamiento poco proclive a seguir investigando en esta materia, no lo va a conseguir, porque las recomendaciones de la Comisión Europea, cuando se aprueben, son lo suficien-

temente explícitas como para que todos los Estados las pongamos en marcha de manera inmediata. Desde luego, eso es lo que vamos a hacer nosotros.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Gracias, señor subsecretario, por su presencia y por su exposición.

Mi grupo constata en los últimos tiempos una preocupación creciente sobre la incidencia que el tratamiento informativo de ciertos temas que repercuten en la salud y en el bienestar de los ciudadanos empiezan a tener en la opinión y en la percepción de riesgo del ciudadano. Los avances de la ciencia y la tecnología son impresionantes y no siempre su utilización e incorporación a la vida cotidiana se hace en ausencia de dudas e incertidumbres —unas veces—, razonables, otras, absolutamente irracionales sobre sus efectos en la salud y en la seguridad de las personas. Detectamos en la preocupación del Grupo Parlamentario Socialista la influencia que sobre todos nosotros han tenido informaciones muy angustiosas sobre las repercusiones de los campos eléctricos y electromagnéticos sobre los seres humanos, y tenemos que afirmar que las impresiones que algunas informaciones pueden causar en la conciencia son muy difíciles de superar; imágenes de seres humanos sometidos a fuerzas desconocidas pero cercanas, extremadamente perniciosas para nuestra salud y nuestra propia vida. Alarmismo, por tanto, ante la supuesta influencia negativa de las líneas eléctricas, de la alta tensión, que en nuestra mente se asocia irremediablemente con el peligro inminente.

Yo creo que a eso han contribuido decisivamente informaciones claramente irresponsables, que nos hacen preguntarnos a veces qué puede hacerse para que la información sobre la salud y el consumo se enmarquen en referencias ética, y en evidencias científicas y no se deslicen, so pretexto de la divulgación masiva, por caminos de alarmismo, de demagogia, o de intereses de todo tipo. Tenemos ejemplos múltiples, estas últimas semanas, estos últimos meses, en los medios de comunicación, desde el supuesto efecto pernicioso de las patatas transgénicas, que retardan el crecimiento, o el efecto de los teléfonos móviles, que provocan hipertensión, o los supuestos efectos negativos del PVC, etcétera. El Grupo Parlamentario Popular por tanto agradece esta muestra de sensibilidad que nos permite plantear hoy aquí esta cuestión, sin duda importante, que compartimos.

Se ha citado la proposición no de ley, que el Grupo Parlamentario Popular puso encima de la mesa en su día sobre la creación de un grupo de trabajo en el seno de este centro de investigaciones energéticas, medioambientales y tecnológicas, que confirma realmente nuestro interés en que cualquier aproximación a este tema cuente con sobrado respaldo científico que avale el análisis.

Señorías, hemos estudiado, como no podía ser de otra manera, a fondo el texto objeto de la comparecencia, y tengo que decir que lo hemos hecho además con sentido crítico y con una subjetividad, ¿por qué negarlo?, que deriva de nuestra preocupación por estas cuestiones. La publicidad engañosa constituye una auténtica perversión

de las sociedades de consumo y un flagrante atentado contra los derechos de los consumidores y los usuarios. Es verdad que las fronteras de la publicidad legítima son difusas y cada vez más, por la dimensión cualitativa y cuantitativa de la misma en nuestras vidas, que por ello exige una actitud vigilante de los poderes públicos, una adaptación de la normativa que las regula acorde con los cambios que se van produciendo y por supuesto actuaciones contundentes de la Administración cuando sea oportuno. Son innumerables los expedientes de retirada del mercado de productos o de otro tipo de instrumentos por estas cuestiones, y aprovecho para felicitar al Ministerio por ello. Ha de quedar claro que el Grupo Parlamentario Popular comparte el criterio del señor subsecretario. Ni siquiera es publicidad, no promueve la contratación de ningún tipo de bien o servicio, si nos atenemos a lo que la propia legislación vigente estima como tal. La publicidad, señorías, no es lo que queremos interpretar cada uno de nosotros; la publicidad es lo que dice la ley que es, ni más ni menos, y por lo tanto no es engañosa o ilícita porque no juzgamos que se pretenda deformar la realidad o engañar al ciudadano.

Además, entendemos que no estamos hablando de trazos gruesos. Es evidente que ningún documento de estas características va a afirmar ponga usted una línea de alta tensión en su casa, que es segura, limpieza y confortable. Ni siquiera analizando y valorando posibles sutilezas o mensajes deslizados en el texto, podemos entender que se pueda hablar de publicidad. No sé si puede entenderse como propaganda, sobre todo desde el concepto peyorativo que tiene esta palabra, sino más bien como la emisión de opiniones, de valoraciones, de divulgaciones de conocimientos, que desde luego pueden entenderse como criticables, como parciales, como sesgados o como interesados sin duda alguna, como toda opinión, por otra parte, incluidas las políticas. Pero de ahí a que lo que se dice en ese documento se pueda calificar, yo creo que un tanto apresuradamente, como ilícito o engañoso hay una gran distancia, que es la misma que se recorre entre la libertad de información y la confusión, la ansiedad y el temor que puede infundir a la población, la difusión de informaciones tendenciosas, alarmistas e inmorales, sin base ni justificación científica.

Yo, señorías, me permito preguntarme dónde cabe hablar más de información o de publicidad engañosa. Tal vez en esos estudios que vemos en las revistas, donde dice, por ejemplo, que las azafatas están sometidas a tres veces más riesgo de cáncer de mama, sin ningún soporte científico detrás que lo avale. ¿Dónde está, señorías, la publicidad engañosa, dónde está la información sobre cuestiones de salud que cabe calificar de engaño? Podríamos encontrar mil ejemplos, pero el Grupo Socialista ha querido hablar de éste. Yo entiendo que si no puede calificarse como publicidad engañosa, porque, si así fuera, ahí están las instancias administrativas y judiciales oportunas. El Ministerio claramente no concibe esto como publicidad engañosa, entre otras cosas porque si no ya habría actuado contundentemente, como por otra parte es habitual en él cuando hay fundamentos sobre este documento. Cabe pensar que la voluntad del Grupo Socialista es simplemente señalar los riesgos o las incer-

tidumbres que hay sobre esta cuestión, aunque entiendo que haya ido un poco más allá, calificando de engañosas las informaciones de las sociedades.

El señor **PRESIDENTE**: Señoría, le ruego termine.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El Grupo Parlamentario Popular se queda con una seguridad y con un elemento de reflexión. La seguridad es que sobre esta cuestión se ha investigado mucho, se ha analizado a fondo y no se han hallado evidencias científicas sobre riesgos para la salud humana o sobre relaciones estadísticamente significativas entre exposición a los campos electromagnéticos y trastornos o problemas de salud de toda índole. Que, pese a ello, no se abandonan los estudios, y sin duda hay quien los considera ya improcedentes y que se está insistiendo en ello no sólo por la Comisión Europea, sino también por la Organización Mundial de la Salud. No es objeto de este debate discutir sobre los efectos de las dosis de melatonina o sobre la relación de la alta tensión con el Alzheimer, pero cabe decir, y es la única afirmación que creo que hay que extraer contundentemente de este debate, que no hay ninguna conclusión significativa que aconseje la adopción de medidas.

Quiero hacer una reflexión por parte de mi grupo, y es que, con independencia del caso que nos ocupa, que adolece sin duda de falta de rigor científico y tal vez cuenta con valoraciones desafortunadas, nos preocupa el hecho de que podamos contribuir, haciendo de caja de resonancia, a una sensación de inseguridad y alarma ante algunas controversias de difícil etiquetado.

Señorías, ciencia y política tienen difícil acomodo si no hacemos un esfuerzo por residenciar los debates sobre estas cuestiones de gran calado emocional en la comunidad científica, que no es una entidad pura e inmaculada, por supuesto, pero que es una garantía de eficacia respondiendo a los estímulos sociales que en cada caso permiten acometer precisamente aquello que preocupa a la sociedad, la política de estar presto ante cualquier indicio de evidencia científica para asegurar la protección del ciudadano desde la prevención, en primer lugar, pero no puede o no debe ser coaligada de alarmas sin fundamento. Sustituir la evidencia científica por la voluntad política sólo contribuirá a desanclarnos de la razón y a echamos a la deriva de intereses de diversa índole.

Nos quedamos con las palabras del subsecretario que hablan de seguir contribuyendo al estudio de estos fenómenos con rigor y seriedad y dar tal vez más relevancia a cuestiones como la propia percepción del riesgo de la población, la sensación de amenaza ante técnicas, o instrumentos, o avances tecnológicos y científicos, o el desarrollo de métodos materiales y energías que exigen, señorías, permanentes esfuerzos en las estrategias de información y de comunicación a los ciudadanos. De esa manera conseguiremos realmente ciudadanos, usuarios, consumidores, libres, protegidos e informados, que es a lo que aspiramos.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Muchas gracias, señor diputado, por su intervención y tengan SS.SS. la seguridad de que cualquier indicio de publicidad engañosa será contestado de forma inmediata por el Ministerio, como así ha hecho hasta la fecha, y que, en cualquier caso, en este tema concreto, el Ministerio está perfectamente dispuesto a cumplir todas y cada una de las recomendaciones que haga la Unión Europea, tanto en materia de información, como es lógico, como en materia de llegar a acuerdos sobre los límites. Es evidente que el que haya una legislación que especifique algunos límites facilita que a los ciudadanos que ahora mismo pueden experi-

mentar un sentimiento de confusión e inseguridad, lo cual no es bueno porque menoscaba la confianza en las autoridades de protección de la salud, este tema les quede perfectamente resuelto este tema, con el cumplimiento estricto de todas las recomendaciones que se hagan al respecto, sin dejarnos influir por ningún sector que pueda ciertos algún planteamientos por los intereses que sean.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario. Finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Era la una y treinta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**. C/. Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: M. 12.580 - 1961