



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 81

DE LOS DERECHOS DE LA MUJER

PRESIDENTA: EXCMA. SRA. D.^a MARÍA ISABEL SAN BALDOMERO OCHOA

Sesión núm. 14

**celebrada el miércoles, 10 de diciembre de 1997,
en el Palacio del Senado**

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo, Excmo. Sr. don José Manuel Romay Beccaría, a petición del Grupo Socialista del Congreso de los Diputados, para informar sobre los compromisos asumidos en relación al III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000), así como de las actuaciones que se van a acometer durante el año 1997 y de la cuantía económica y partidas presupuestarias consignadas para tal fin en los Presupuestos Generales del Estado (Número de expediente: S. 711/000093; C. D. 213/000270).

Se abre la sesión a las once horas y cuarenta minutos.

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías, buenos días, señor Ministro de Sanidad.

Por parte de la señora Letrada se comprobará la asistencia a la Comisión.

Por la señora Letrada se procede a la comprobación de las señoras y de los señores Senadores presentes y representados.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorías. Las señoras portavoces de los distintos grupos parlamentarios tendrán el acta de la sesión anterior y les pre-

gunto si puede ser aprobada. (**Asentimiento.**) Muchas gracias, así quedará constancia.

Esta convocatoria de Comisión tiene como único punto del orden del día la comparecencia, a petición del Grupo Socialista, del Ministro de Sanidad.

Ruego a las señoras y señores Senadores y Diputados que, al término de la comparecencia del señor Ministro, se queden un momento en la sala, porque voy a informarles sobre dos cuestiones: En primer lugar, los cambios en la Ponencia sobre el tráfico de mujeres, niños y niñas, y también un informe de la Presidencia y de la Secretaría sobre una reunión internacional.

Señor Ministro, muchísimas gracias por atender la petición de esta Comisión y comparecer ante nosotras y nosotros, para informarnos sobre los compromisos adquiridos en el III Plan de Igualdad y, sobre todo, para explicarnos la política de su Departamento referente a la mujer.

Gracias. Bienvenido. Ésta es su casa y tiene su señoría la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Muchas gracias, señora Presidenta, señorías.

Constituye para mí un motivo de satisfacción comparecer, a petición del Grupo Parlamentario Socialista para informar sobre el contenido sanitario derivado del III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, así como sobre las actuaciones que se van a acometer en los próximos años para dar cumplimiento a los objetivos generales contenidos en el mismo.

El III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres ha sido elaborado, como conocen sus señorías, por el Instituto de la Mujer, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y fue aprobado por el Gobierno el pasado día 7 de marzo. En el mismo se establecen diez áreas de actuación para el período 1997-2000.

Este Plan está dirigido, fundamentalmente, a impulsar una política de igualdad de oportunidades para el avance social de las mujeres y promover su participación en todas las esferas de la vida social desde una óptica de integración.

Su contenido coincide en aspectos básicos y fundamentales con las recomendaciones surgidas en la IV Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing, así como con las orientaciones establecidas en el IV Programa de Acción Comunitaria aunque, como es lógico, con las necesarias adaptaciones a nuestra unidad económica, cultural, social y sanitaria, en su caso.

Entre las diez áreas que se contemplan en el III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, lógicamente está el área de salud, contemplada desde una visión integral que considera la salud de la mujer no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el bienestar emocional, social y físico, tal y como la propia OMS preconiza

Entre los objetivos que se incluyen en este área del Plan, están aquellos dirigidos a incidir en los diversos aspectos de la atención a la salud desde la prevención hasta la asistencia, tanto en cuestiones específicas derivadas de

la diferenciación sexual, como de aquellas relacionadas con condicionantes culturales y sociales.

Aunque en los últimos años se ha conseguido mejoras en cuanto al acceso a los servicios de salud y a los programas de atención a la mujer dentro del sistema sanitario, sin embargo, todavía es preciso reforzar las actuaciones tanto en las áreas asistenciales como en las de prevención y promoción de la salud, al tiempo que los servicios sanitarios se reorientan para poder atender las aspiraciones y demandas, tanto de la mujer como usuaria de los servicios, como de las personas de su entorno. Para ello es imprescindible conocer y analizar los cambios sociales que se están produciendo y las necesidades de las mujeres en relación a su salud.

Precisamente, con el objetivo de alcanzar los fines sanitarios y asistenciales establecidos en este III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, el INSALUD ha aprobado un Plan integral de atención a la mujer a desarrollar durante el próximo bienio 1998-1999.

El objetivo de este Plan de atención a la mujer es unificar, reforzar e impulsar actuaciones sanitarias dirigidas a mejorar la salud de las mujeres. Es decir, de una parte, se trata de optimizar los recursos disponibles logrando la máxima coordinación, al tiempo que se incorporan instituciones que realizan algún tipo de actividad asistencial o de promoción de la salud en relación con este colectivo como es la Asociación contra el Cáncer, con quien recientemente se ha firmado un Convenio de colaboración en el marco de este Plan integral de atención a la mujer.

De otra parte, el Plan está dirigido a desarrollar acciones específicas en aspectos que aún no estaban suficientemente contemplados en la cartera de servicios del INSALUD.

Señorías, en definitiva, este Plan que se pondrá en marcha a partir de primeros de enero de 1998 pretende: 1) impulsar las acciones de atención a la mujer tanto asistenciales como preventivas, rehabilitadoras o de promoción de la salud que ya se vienen realizando por los centros sanitarios del INSALUD; 2) reforzar y ampliar algunos servicios que en estos momentos pudieran ser deficitarios; 3) presentar de una manera integral el conjunto de acciones y dispositivos del servicio sanitario en beneficio de la salud de la mujer; 4) lograr la máxima coordinación de todos los recursos disponibles, tanto técnicos como humanos, incorporando aquellas iniciativas de voluntariado social que están surgiendo en nuestra sociedad.

Como he señalado, este Plan Integral de la Mujer se va a incorporar a los objetivos generales del INSALUD en el bienio 1998-1999 y, en consecuencia, se incluirá en el contrato programa de estos años y su ejecución supondrá una inversión adicional de 7.000 millones de pesetas para el Instituto Nacional de la Salud.

El Plan está integrado por cuatro programas específicos que cubren todas las necesidades sanitarias del ciclo biológico de la mujer y están dirigidos a: 1) mejorar la información sobre métodos anticonceptivos; 2) potenciar la atención integral en el embarazo, parto y puerperio; 3) intensificar los programas dirigidos a la detección y atención precoz del cáncer femenino y, en especial, los de mama, en-

dometrio y cervix; 4) establecer cuidados específicos en la menopausia.

Mejorar la información sobre métodos anticonceptivos. Este programa tiene como objetivos mejorar la maternidad responsable y el embarazo deseado, lo que permitirá disminuir, en la medida de lo posible, el número de interrupciones voluntarias del embarazo. Para ello se va a incrementar la información que se proporciona en los centros de salud sobre los métodos anticonceptivos, así como el seguimiento de las mujeres que utilizan estos métodos.

El programa va dirigido, con carácter general, a todas las mujeres en edad fértil, aunque las actuaciones se priorizarán en función de los colectivos de mayor riesgo o necesidad. La meta de este programa es alcanzar una cobertura del 50% sobre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 49 años y que ascienden en el territorio del INSALUD a 3.644.838.

Potenciar la atención en el embarazo, parto y puerperio. Como es sabido, la tasa de mortalidad materna en nuestro país se encuentra situada entre las más bajas de los países desarrollados y nuestro objetivo es, naturalmente, mantenerla en estos límites o incluso, si es posible, reducirla al tiempo que se desarrollan acciones específicas dirigidas a mejorar la atención en el embarazo, parto y puerperio. Por tanto, las acciones que incluye este programa se dirigen a: 1) Mantener y potenciar la educación y el consejo médico durante el embarazo a través de las unidades de psicoprofilaxis obstétrica, así como intensificar y protocolizar las exploraciones clínicas y analíticas dirigidas a mejorar el estado de salud de la embarazada y del feto; 2) Proseguir las actuaciones dirigidas a lograr el acompañamiento del marido, o de la pareja, o de la persona de confianza de la mujer durante el período de dilatación, parto e incluso durante la expulsión, siempre y cuando las condiciones sanitarias de la madre y del recién nacido lo permitan; 3) Extender de un modo progresivo la analgesia epidural durante el parto que en estos momentos se aplica al 40% de las mujeres que dan a luz en los centros del INSALUD con la meta de alcanzar el cien por cien en el período de vigencia del Plan; para ello, se va a continuar trabajando conjuntamente con las sociedades científicas de anestesia y ginecología de cara a definir los aspectos técnicos para realizar la analgesia, así como los recursos humanos adecuados; 4) Potenciar el seguimiento de la mujer embarazada, poniendo a disposición de los casos en que sanitariamente sea necesario el diagnóstico precoz de posibles malformaciones mediante pruebas de amniocentesis así como el consejo genético en los casos en que fuera necesario; 5) Protocolizar las visitas posparto incluyendo, junto a las exploraciones médicas precisas, recomendaciones pediátricas y consejo sanitario sobre higiene de la puérpera, y alimentación tanto de la madre como del recién nacido recomendando, en todo caso, la lactancia materna.

La meta en estas actuaciones es ofertar la psicoprofilaxis obstétrica, la captación y valoración de la mujer embarazada y seguimiento protocolizado, durante el primer mes de posparto, al cien por cien de las embarazadas captadas en el Programa.

Otro programa se refiere a la intensificación de los que ya se vienen aplicando en relación con la detección y atención precoz del cáncer femenino y, en especial, los de mama, endometrio y cervix.

Quizás sea el programa más ambicioso de los cuatro que integran el Plan y está dirigido a intensificar las actuaciones de detección y atención precoz en los distintos cánceres femeninos y, en especial los de mama, endometrio y cervix.

La importancia del cáncer de mama viene dada por la tendencia creciente que presenta en España, tanto en su incidencia como en la mortalidad asociada al mismo. En la actualidad, esta incidencia varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, siendo el tumor maligno más frecuente en la población femenina española y constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres con una tasa de mortalidad de 28,2 por 100.000, lo que representa el 18,4% del total de muertes por cáncer en mujeres.

El objetivo de este Programa es ofertar la realización de mamografías periódicas a las mujeres en edades comprendidas entre 50 y 64 años y que ascienden a 1.156.757. Para ello, el INSALUD va a realizar una campaña de captación de mujeres en edad de riesgo, a través de su red de atención primaria, garantizando una rápida respuesta hospitalaria en caso de sospecha de patología, lo que era iría unido a una amplia difusión del Programa en los medios de comunicación.

Igualmente, se van a suscribir convenios de colaboración con distintas instituciones de voluntariado con el objetivo de incorporar y optimizar todos los recursos disponibles tal como anteriormente señalaba a sus señorías.

En cada área de salud se designará un coordinador que ejercerá la dirección técnica del Programa, lo que permitirá obtener la máxima rentabilidad y optimización de los objetivos disponibles.

El cáncer de endometrio es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres ginecológicos después del de mama. Con el objetivo de potenciar su detección precoz, se van a realizar pruebas diagnósticas sobre un total de 2.637.776 mujeres con edades mayor o igual a los 50 años. Esto supone alcanzar una cobertura del 75% de detección precoz para el año 1999. Para ello, el INSALUD incluirá en su cartera de servicios actuaciones específicas dirigidas a la detección precoz del cáncer de endometrio mediante las pruebas clínicas y las exploraciones correspondientes.

Detección precoz del cáncer de cervix. El cáncer de cervix uterino presenta en España una incidencia muy baja, de 4 a 10 casos por cada 100.000 mujeres, lo que sitúa a nuestro país entre uno de los de menor incidencia del mundo. La mortalidad es de 2,5 por 100.000 mujeres. El objetivo es detectar precozmente este tipo de cáncer mediante actuaciones dirigidas en esta fase al 50% de las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 64 años, por lo que las pruebas de diagnóstico precoz se realizarán sobre un total de 2.542.866 mujeres.

Todas estas actuaciones permitirán el diagnóstico precoz de este tipo de neoplasias y facilitarán el tratamiento médico-quirúrgico que en cada caso sea preciso, lo que conducirá a una disminución de la mortalidad por estas

causas y a una mejora en la calidad de vida de las pacientes afectadas como consecuencia de un tratamiento precoz adecuado.

Otro programa se refiere al establecimiento de cuidados específicos en la menopausia. La mujer, en la etapa biológica de la menopausia, demanda una atención sanitaria específica, en unas ocasiones, debido a un desconocimiento de las variaciones hormonales que se producen en el climaterio y de sus consecuencias naturales, y en otras, por una sintomatología concreta relacionada con estas variaciones y que requiere el adecuado consejo médico y tratamiento.

Los expertos coinciden en que el 80% de las mujeres superan esta etapa biológica sin necesidad de apoyo médico, aunque insisten en que es preciso proporcionar una correcta información sanitaria sobre las nuevas condiciones y los cambios que se están produciendo en la mujer. Por ello se van a desarrollar actuaciones encaminadas a la promoción de hábitos y estilo de vida saludables y a la prevención de los problemas ligados a esta situación, siguiendo los criterios definidos por la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y, en especial, a los que hacen referencia al tratamiento de la osteoporosis en la menopausia. En base a estos criterios se recomendará la administración de terapia hormonal sustitutiva en aquellos casos en que sea necesario.

El Programa va a ser desarrollado por los equipos de atención primaria del INSALUD y se va a establecer un circuito de derivación a la asistencia especializada en aquellas situaciones que se definen en el Programa sobre osteoporosis posmenopáusica elaborado por las sociedades científicas. El número de mujeres a la que se dirige este Programa es de 892.963 con edades comprendidas entre 50 y 59 años.

En conclusión, señorías, éstos son, en grandes líneas, los contenidos generales y las metas de los programas que se incluyen dentro del Plan Integral de Atención a la Mujer, aprobado por el INSALUD y que comenzará a desarrollarse el próximo año.

A partir de los mismos, corresponderá a los equipos de atención primaria y a los centros y unidades de asistencia especializada proceder a la necesaria adecuación de los objetivos que se pretenden, a las necesidades concretas de cada área o zona básica de salud, priorizando aquellos programas incluidos en el Plan, en función de las necesidades concretas que en cada zona se pretende.

En el mismo ámbito de actuación al que se refiere la comparecencia, puede informar también del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de la Mujer en relación con el SIDA. Dentro de las actividades de prevención del SIDA, la mujer, y bajo el marco del III Plan de Igualdad de Oportunidades, se ha firmado, para 1997, un convenio específico entre el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Sanidad y Consumo para entidades específicamente dirigidas a la prevención del SIDA.

Los aspectos fundamentales en esta colaboración se centran, primero, en la prevención del VIH en mujeres y, segundo, en la educación para la salud a jóvenes así como

la elaboración, actualización y distribución de materiales divulgativos.

Para estas actividades se ha creado un grupo de trabajo constituido por el Plan nacional sobre el SIDA y en Instituto Nacional de la Mujer cuyo objeto fundamental es la sensibilización del personal sanitario sobre las necesidades específicas de prevención en relación con el VIH-SIDA y atención de las mujeres que acuden a servicios sanitarios. Estas actividades se llevarán a cabo mediante la realización de diferentes cursos con su evaluación correspondiente en diferentes comunidades autónomas dentro del Estado español.

Por último, se realizará una revisión y actualización de la guía de salud «Mujer y SIDA» en la que se incluirán conocimientos sobre el SIDA y mecanismos de transmisión del VIH, lucha contra la discriminación y recomendaciones para aquellas mujeres infectadas, para mantener una mejor calidad de vida y cómo pueden proteger a otras personas de la enfermedad.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro de su estrategia de prevención del VIH-SIDA, en lo que se refiere especialmente a mujeres, incluye la recomendación de la realización de la prueba del VIH a las mujeres embarazadas. La mujeres deben recibir información adecuada sobre el SIDA y con su consentimiento es recomendable que se sometan a esta prueba diagnóstica. En esta línea se ha desarrollado un programa conjunto con la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia desde hace más de un año, y se sigue trabajando en la emisión de documentos técnicos y en reuniones científicas para mejorar esta estrategia.

Como recordaba el día 1 de diciembre, dedicado a los niños en «Un mundo con SIDA», la disminución a tasas muy bajas de la transmisión madre-hijo del VIH debe ser un objetivo a nuestro alcance.

Muchas gracias, señorías, por su atención y quedo a su disposición para atender cuantas preguntas quieran formularme en relación con este tema.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Ministro de Sanidad y Consumo.

Abrimos un turno de portavoces en el que, como el Grupo Socialista es el solicitante de su comparecencia, le damos la palabra a la senadora Navarro.

La señora **NAVARRO GARZÓN**: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenos días, señor Ministro.

Me gustaría darle la bienvenida a la Comisión, y espero que no sea la última vez, porque hay temas que de manera prioritaria nos preocupan a las mujeres, y uno de ellos es precisamente el de la salud.

Nuestros derechos como ciudadanas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental es un asunto fundamental para todas nosotras. Sobre todo, porque de la posibilidad de disfrutar de ese derecho dependerá también esencialmente el bienestar de la mayoría de las mujeres.

Quiero empezar mi intervención, señor Ministro, recordando una premisa que hay que tener en cuenta antes de planificar una actuación en materia de salud, en esta mate-

ria específica dirigida también a las mujeres. Me alegro de que hayan elaborado un plan integral de atención a la Mujer, a pesar de anteriores declaraciones contrarias, que ahora hay que llevar a cabo con actuaciones concretas y específicas. Como le digo, hay que tener en cuenta que las mujeres no acceden a la salud en igualdad de condiciones; hacen un uso diferente de los recursos básicos de salud que incluyen también los servicios de atención primaria. Las mujeres, señor Ministro, se ven afectadas por la mayoría de las condiciones de salud igual que los hombres, pero lo experimentan de manera diferente. La incidencia de la pobreza y la dependencia económica, la violencia que se ejerce sobre ellas, ciertas actitudes negativas hacia mujeres y niñas y el limitado poder que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva, así como su falta de influencia en la toma de decisiones, son realidades que tienen también incidencia sobre su salud. Y, como usted bien sabe, las diferentes etapas biológicas también determinan en la mujer unas necesidades y unas demandas específicas de los servicios sanitarios, con independencia de las prestaciones que se realizan a la población en general.

Por todo esto, señor Ministro, creo que está más que justificada la necesidad de un plan integral de atención a la mujer, y no sólo un plan integral sino sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de incorporar el punto de vista de las mujeres en la asistencia sanitaria, dada la problemática que presentan.

También es muy importante para seguir avanzando la realización de un estudio para conocer los cambios y las necesidades de las mejores y valorar las prestaciones sanitarias que le ofrece el sistema nacional de salud. Al igual que modificar las estadísticas para que nos ofrezcan datos por edad y por sexos, señor Ministro nos sería de gran utilidad conocer de qué realidad estamos hablando cuando hablamos de mujer y salud. Y estas medidas no son muy costosas sino de voluntad política. Me gustaría saber, señor Ministro, si se ha iniciado ese estudio, que está recogido dentro de las actuaciones del III Plan de Igualdad de Oportunidades, y si se tiene intención de llevarlo a cabo, y cuándo podríamos conocer esos datos.

Respecto al plan integral de la mujer que presentó el Ministro hace unos meses, tengo que decirle que me parece muy positivo —como ya he dicho anteriormente— como todos los planes que se pueden realizar para la promoción de la salud de las mujeres. Pero me plantea una duda: la económica. Porque si no dispone de una partida presupuestaria para llevar a cabo el plan difícilmente se podrá desarrollar.

El plan no se puede llevar a cabo si no hay un incremento presupuestario importante, porque estos programas cuestan dinero y si el Ministerio prevé consignación para ello —acaba de decir que hay una consignación de 7.000 millones—, yo le pediría que me dijera en qué partida presupuestaria. Y, precisamente por eso, creo que este Plan es una recopilación, un intento de coordinación de lo que otras instituciones ya vienen realizando. La mayoría de las actuaciones del programa ya se hacen en el INSALUD y no se van a poner en marcha precisamente ahora, como usted mismo ha reconocido, sino que se van a coordinar. Son

actuaciones que se pusieron en marcha desde el Gobierno socialista.

Y todo ello, señor Ministro, me parece importante, pero ya que se decide a hacer un plan integral, creo que podría haber sido un poco más ambicioso y recoger las actuaciones y las iniciativas del III Plan de Igualdad de Oportunidades y, a la vez, concretar un poco más las actuaciones y las medidas proyectadas.

Por otro lado, el Plan tiene una duración de un año y creo que debería tener una mayor continuidad, independientemente de que se pueda evaluar de manera anual. Sobre todo, con la idea de ir incorporando y mejorando aquellos servicios que se consideren deficitarios.

Hay otro aspecto del plan, de su procedimiento y cómo se ha planteado, con el que no estoy de acuerdo. Y permítame decirle que para la elaboración de un plan de estas características es fundamental contar con la aportación, las sugerencias y las propuestas de instituciones, organizaciones sociales que tienen también una larga trayectoria en esta materia. Y no sé si me equivoco, porque usted ha hecho referencia antes a que sí han tenido alguna reunión, pero no me constaba que se hubiera reunido incluso el Consejo rector del Instituto de la Mujer. Me parece un plan hecho a botepronto.

Y entrando en el contenido del plan, ustedes han recogido cuatro aspectos de la salud de las mujeres que me parecen muy importantes, que es la prevención del cáncer ginecológico, atención al embarazo, parto y puerperio, información y seguimiento de anticonceptivos, y atención a la mujer en la menopausia. Pero al elaborar un plan integral deberían haberse contemplado otros aspectos de la salud que también son importantes, como la salud mental y psicológica, la atención de enfermedades nuevas como la anorexia y la bulimia, y los tratamientos de infertilidad ante las consecuencias físicas y psíquicas que producen en las mujeres, y promover una mejor atención en estos servicios, en muchos casos hoy deficitarios. Y sería en este sentido igual de importante para atender y promover la salud de las mujeres, impulsar campañas generales de educación sanitaria para que las mujeres también adoptemos estilos de vida saludable como hacer ejercicio físico, una alimentación equilibrada y el abandono del tabaco y del alcohol.

Y volviendo a la anorexia y la bulimia, son dos enfermedades nuevas que afectan, en la mayoría de los casos y casi de manera exclusiva, a las mujeres, posiblemente porque nos vemos influenciadas por la publicidad y esa nueva cultura de la estética marcada un poco por estereotipos físicos muy limitados.

Usted sabe que existen pocos profesionales formados en estos trastornos de la alimentación y es un campo donde es fundamental seguir investigando y creciendo sin dejar a un lado la sensibilización sobre las consecuencias de la enfermedad que se produce en la opinión pública, y especialmente respecto a los profesionales de la salud. Yo le pediría, señor Ministro, que cuanto antes, si no queremos ver un aumento espectacular de estas dos enfermedades, en los próximos años se realizara un estudio de las condiciones que repercuten en la aparición de estos trastornos en la alimentación de las mujeres y lo incorpore,

acompañado de medidas concretas, a ese plan integral de atención a la mujer.

En cuanto a los tratamientos de fertilidad, ya que su incidencia es cada vez mayor y se aplican sin conocer, en muchos casos, las consecuencias físicas y psicológicas que pueden tener para las mujeres, le pediría que igualmente se ofrezca más información desde los centros sobre estos tratamientos.

También le pediría que incluyera campañas de información y educación monográfica sobre la salud psicológica de las mujeres y potenciara los servicios de atención que actualmente se ofrecen en los centros de atención especializada ya que, señor Ministro, la marginación, el desarraigo, el trabajo excesivo, el estrés y la frecuencia de la violencia doméstica, son razones que perturban de manera especial la salud mental de las mujeres.

Volviendo al tema que hoy nos atañe que es el de la salud, tiene que saber, señor Ministro, que ésta implica el derecho de las mujeres a obtener información y acceso a métodos de planificación familiar y a los servicios adecuados. Y precisamente una de las resoluciones más importantes sobre los derechos humanos de las mujeres en la Conferencia de Beijing también incluía su derecho a decidir, libre y responsablemente, sobre cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva.

Y tiene que saber también, señor Ministro —y usted también lo ha puesto de manifiesto—, que el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, cuyo contagio a veces es producto de violencia sexual, tiene también efectos devastadores en la salud de las mujeres, en particular en las adolescentes y en las jóvenes. Las mujeres a menudo no consiguen que los hombres adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen difícil acceso a los servicios de información en cuanto a prevención y tratamiento. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo del embarazo no deseado y a edad prematura y de contraer el SIDA y otras enfermedades. Y no hay que olvidar que la maternidad prematura sigue siendo un obstáculo para el progreso educativo, económico y social de las jóvenes.

Últimamente se está produciendo, señor Ministro, un aumento de embarazos no deseados y yo echo en falta una campaña de educación sexual para jóvenes en colaboración con el Instituto de la Juventud, como en años anteriores se ha venido haciendo. El Ministerio anunció una campaña anti-SIDA, hace algo más de un mes y una segunda parte, como aquella a la que asistimos ya del «Póntelo, pónselo» pero la verdad es que después no hemos vuelto a saber nada. Y sobre esta posible campaña me preocupa que uno de los mensajes que se dé es que la mejor manera de evitar el contagio sea que los jóvenes españoles retrasen todo lo que puedan el inicio de sus relaciones sexuales y, cuando lo hagan, tengan el menor número de parejas ocasionales posible. Me parece bien pero, señor Ministro, esos mensajes no son los mejores presupuestos para iniciar una campaña de educación sexual para los jóvenes porque, nos guste o no nos guste y en contra de esos predicados, están las cifras y el hecho es que los jóvenes españoles se inician

antes en el sexo. Y no le deben asustar al Gobierno las campañas de educación sexual, porque un estudio reciente de Naciones Unidas asegura que la educación en materia de salud sexual, especialmente entre los adolescentes, no significa ni se traduce en una mayor intensidad de la actividad.

Le vuelvo a insistir en la necesidad de impulsar y mejorar la oferta de los servicios que se ofrecen en los centros de planificación familiar y, dicho sea de paso, en declive en los últimos tiempos, y se debe de ofrecer ante todo asesoramiento sobre el comportamiento sexual.

Me gustaría que en este apartado me dijera cuáles van a ser los equipos multidisciplinares responsables, qué criterios tiene el Ministerio respecto a la prescripción de la anticoncepción, si se van a impulsar en la red sanitaria pública, y le pido mecanismos que garanticen la objetividad en el asesoramiento sobre el comportamiento sexual. En este tema, señor Ministro, el plan integral de atención a la mujer se queda un poco corto y contempla actuaciones muy limitadas a la información y el control de su médico de familia y los tratamientos quirúrgicos como ligaduras de trompas, que se realizan en casos muy puntuales.

Y volvemos al tema del SIDA. Tengo que decirle, señor Ministro, que la sociedad española está bajando un poco la guardia frente al virus y eso es un hecho que reconoce hasta el propio Presidente de la Fundación Anti-SIDA de España. No hay política realmente educativa y las campañas de prevención son insuficientes. Las campañas y las charlas de las ONGs no son suficientes y, desde las organizaciones, es necesario una educación y una prevención que llegue también a los colegios. El SIDA se está extendiendo ahora con mayor rapidez entre las mujeres porque la población pensaba que el contagio sólo tenía que ver con los grupos de riesgo y hay un aumento muy importante en las parejas heterosexuales. Y para el año 2000 se prevé que el 50% de las personas infectadas sean mujeres. La tasa en España se ha situado entre las más altas de la Unión Europea y eso debería hacer actuar de manera urgente a la administración sanitaria.

El Ministerio ha anunciado un aumento del 300% del presupuesto destinado a la lucha anti-SIDA, y me gustaría saber cómo lo van a destinar, qué programas van a llevar a cabo y cómo se contempla la acción dirigida a las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas, a las que no sólo se les debe recomendar que se hagan las pruebas del VIH, sino que se deberían contemplar también esas pruebas dentro de la atención al embarazo que de manera general se realiza en los centros de salud e intensificar los tratamientos que son eficaces y que disminuyen la transmisión materno-fetal del virus.

Pasamos a hablar sobre la utilización de la píldora RU. Le agradezco a su Grupo que, a pesar de las presiones ideológicas que en el pasado le impidieron apoyar su comercialización, votara favorablemente la enmienda que el Partido Socialista propuso el otro día —una iniciativa de Izquierda Unida— en la última Comisión de Sanidad en la que se da vía libre a la comercialización. Y me gustaría que me dijera, señor Ministro, qué conversaciones ha mantenido al respecto, para cuándo tienen previsto su uso en los

hospitales públicos, porque como sabe, después de los ensayos realizado en España, incluso los médicos responsables consideraron que se trata de una óptima alternativa al aborto quirúrgico y además de menor coste y supone evitar a las mujeres también una operación quirúrgica bastante traumática.

Espero también —y así lo exigiremos— que el recorte de los medicamentos no llegue a la anestesia epidural y el Ministerio cumpla su compromiso de que a partir del 98 todos los hospitales españoles puedan practicar la anestesia epidural a las embarazadas de forma totalmente gratuita.

Y dejo para el final, señor Ministro, porque considero que es uno de los temas estrella del plan y debe ser una de las prioridades en su Ministerio, el problema del cáncer ginecológico. Con usted conoce y ha mencionado unas 6.000 mujeres pierden la vida cada año en España a causa de un cáncer de mama. Es la primera causa de muerte por cáncer de las mujeres y la detección precoz podría evitar hasta el 50% de estos fallecimientos. Anualmente se diagnostican en nuestro país 15.000 nuevos casos y más del 25% de las mujeres con cáncer lo tienen precisamente de mama. Pero a mí me sigue preocupando que entre un 70 y un 80% de los casos se descubre de manera casual. Y lamento también la falta de información que todavía tienen las mujeres sobre el cáncer de mama, su tratamiento, los instrumentos terapéuticos, porque esa información es fundamental también para que el impacto en el momento de su diagnóstico sea lo menos agresivo posible.

Por eso, al margen de las medidas que contempla el plan, le pediría elaborar un estudio que ofrezca mayor información sobre los problemas oncológicos específicos de las mujeres. La detección precoz del cáncer de cervix ya se venía también haciendo, igual que los tratamientos que prevé el plan, pero a mí me gustaría saber si con el programa que plantea se van a mejorar también las listas de espera actuales para la realización de mamografías y si va a ser una especialidad que tenga también prioridad en su Departamento.

Y le pediría, señor Ministro, que si es posible aumentara el intervalo de edad de las mujeres objeto de esas actuaciones prioritarias hasta los 40 años, como estaba contemplado también en ocasiones anteriores.

También echo en falta en el planteamiento del plan que no se potencie el apoyo psicológico a las mujeres que han sido tratadas de un cáncer ginecológico en sus diversas especialidades, porque es algo que incluso las propias asociaciones de mujeres que se constituyen a tal fin no pueden llegar a cubrir por falta de medios. Esta necesidad de apoyo y de información que todas las mujeres necesitan debería ser cubierta por la administración sanitaria en colaboración con las propias asociaciones de mujeres.

El cáncer de mama es principal factor de muerte, como ya hemos dicho, si bien su pronta detección consigue evitar la muerte en un 95% de los casos. Deberíamos de tratar que esa prevención llegue no al 95, sino, si fuera posible, al cien por cien de las mujeres.

Por último, quiero recordarle que la mitad de las mujeres con menopausia no acuden al médico muchas veces

porque creen que es un proceso natural que no requiere tratamiento y usted sabe también que, entre otros, la menopausia tiene como riesgo lo que usted también ha mencionado ya anteriormente, la osteoporosis, las afecciones cardio-vasculares. Y yo le pregunto cómo se va a prevenir el problema si muchas veces son los propios profesionales, cuando una mujer llega con este problema, los que le dicen que eso es propio de la edad, que hay que aguantar y que eso se supera sin el apoyo médico. Me gustaría que me concretara —aunque ya lo ha puesto de manifiesto— las medidas de información y prevención que se van a articular desde el Ministerio y que me diga también si el llamado «medicamentazo» afecta a los fármacos sustitutorios como son los estrógenos y la progesterona que se utilizan en la terapia hormonal para prevenir los efectos secundarios que están asociados a la menopausia.

Y voy a terminar mi intervención, señor Ministro, recordándole algo muy grave. Existe aún un número muy importante de provincias donde ni en la red pública ni a través de los conciertos privados se garantiza la interrupción voluntaria del embarazo a aquellas mujeres sujetas a los supuestos contemplados legalmente. Es una obligación de la Administración garantizar esta atención y espero que el Ministerio tenga en cuenta los costes de todo tipo que esta intervención quirúrgica supone para las mujeres y la situación se solucione a corto plazo para no agravar estas situaciones; y no sé si la comercialización de la píldora RU pueda ser una solución. Me gustaría también que nos explicara si el Ministerio tiene pensado solucionar esta situación y los plazos previstos.

Muchísimas gracias por su comparecencia y espero que lo veamos por aquí muchas veces.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Senadora Navarro.

Ya ve, señor Ministro, que en esta Comisión, y creo que por unanimidad, no tenemos el reloj abierto, lo tenemos parado para que cada portavoz diga las cosas que entiende que son buenas para todas las mujeres.

Supongo, señor Ministro, que en el resto del turno de portavoces habrá cosas que sean también de interés por parte de otras portavoces. Por eso, usted puede, o bien contestar a la Senadora Navarro, del Grupo Socialista, o bien escuchar a todas las portavoces y contestar a la vez.

La señora **SÁINZ GARCÍA**: Una cuestión de orden.

La petición del Grupo Popular sería que interviniesen todos los portavoces para que después pudiese el señor Ministro contestarnos también conjuntamente.

La señora **PRESIDENTA**: Muy bien.

Senadora Costa Serra, en nombre del Grupo Mixto tiene la palabra.

La señora **COSTA SERRA**: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, señor Ministro, y bienvenido a esta su primera comparecencia a la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer.

Se han tratado aquí diversos temas relacionados con la salud de las mujeres y quería resaltar —porque a pesar de que tenemos el reloj parado tenemos muchísimos temas que afectan a la salud de las mujeres— los que a continuación enumeraré.

En primer lugar, se ha hecho aquí referencia —aunque no lo ha hecho usted en su exposición—, y se recoge en el III Plan de Igualdad de Oportunidades, a la anorexia y la bulimia, que no sé si son tanto enfermedades nuevas o que precisamente se han empezado a tomar con la seriedad que se merecen. Porque a pesar de que el plan de igualdad recoge un tanto por ciento de mortalidad de un 4,65% de las personas enfermas de anorexia o bulimia, fundamentalmente mujeres, hay estudios de especialistas de reconocido prestigio, catalanes, que recogen que este tanto por ciento es mucho mayor y que ronda en alrededor del 10% la tasa de mortalidad de las personas, fundamentalmente mujeres, que tienen esta enfermedad. Si bien desde que se empezó a tratar la seriedad de este problema se veía como una enfermedad que afectaba a adolescentes, a chicas jóvenes y de clase media alta, se ha visto que esta interpretación ha ido variando, porque afecta cada vez más a todo tipo de mujeres, incluso también de hombres, sobre todo jóvenes, y también a todas las edades, a pesar de que fundamentalmente está afectando a las chicas más jóvenes. Y se hablaba aquí también del problema de la publicidad y de los estereotipos físicos y de la presión que en este sentido sufrimos las mujeres, pero creo que también hay que dar un paso más y ver que esto se da no sólo en la publicidad o en el mundo de la moda sino que hay otros mundos que a lo mejor no tienen tanta publicidad y en los que existe un grave problema con la anorexia y la bulimia como es el caso del deporte. En el mundo del deporte, en el que muchas veces se confunde lo que es la disciplina con lo que tiene que ser una alimentación adecuada para estas personas que se dedican al deporte, quizás sería conveniente que se establecieran los convenios necesarios para informar y mentalizar a todas estas personas en el sentido de que no es incompatible el ejercicio de algunos deportes con la salud física y psíquica de estos deportistas de elite. Y me gustaría saber, señor Ministro, qué acciones concretas prevé su Ministerio en relación a esas enfermedades que afectan a los trastornos alimenticios, sobre todo de mujeres.

Se ha hablado aquí también de la educación para prevenir embarazos no deseados, y se recoge en el plan como uno de los factores que provocan estos embarazos no deseados las tendencias a las experiencias sexuales a temprana edad, sumado a la falta de información y servicios. Creo que incluso deberíamos invertir el orden, porque no nos tenemos que escandalizar en cuanto a la edad en que los jóvenes inician sus experiencias sexuales sino que, precisamente, el problema es sobre todo la falta de información adecuada de estas personas y mujeres jóvenes que se inician en sus experiencias sexuales, ya que lo más importante es que tengan la información adecuada para que puedan ejercer libremente su sexualidad con total conocimiento y responsabilidad.

Quisiera felicitarle por la campaña que se ha hecho contra el cáncer, juntamente con la Asociación contra el Cán-

cer; esa campaña específica para prevenir el cáncer ginecológico y de mama, porque ya se ha puesto aquí también de relieve la tasa de mortalidad tan elevada que todavía estamos viendo que sufren las mujeres, la tasa de mortalidad relacionada con el cáncer de mama.

Creo que estas campañas son muy positivas porque, además, consiguen llegar —no en la medida en que todos deseáramos pero poco a poco— a mujeres mayores que, como sabemos, todavía cuesta mucho que acudan al médico o al especialista, porque hay temas relacionados con ellas y la educación sexual que siguen siendo para ellas tabú, y entre todos tenemos que hacer un especial esfuerzo para poder llegar a estas mujeres mayores y conseguir que visiten con la frecuencia necesaria a los especialistas.

Quisiera referirme también a la interrupción voluntaria del embarazo porque es cierto, como ha manifestado la portavoz socialista, que existen comunidades en las que se denuncia por parte de las asociaciones las dificultades con las que se encuentran algunas mujeres al acudir a centros públicos para interrumpir voluntariamente el embarazo, para practicar abortos en los supuestos legales, y si bien nosotros respetamos profundamente el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios que se acogen a este derecho, este derecho precisamente no tendría por qué entrar en colisión como es el derecho de todas las mujeres que entran en los supuestos legales a interrumpir voluntariamente el embarazo en cualquier centro público. Como ha sucedido en el caso de la Comunidad Autónoma balear en el que por parte de algunas asociaciones se han hecho públicas denuncias de mujeres que se encuentran en el caso de que no se les ha facilitado precisamente esta interrupción voluntaria del embarazo, y uno de los métodos que probablemente vaya facilitando esta interrupción será el de la llamada comúnmente «píldora abortiva», y esperemos que su facilidad en la comercialización acabe con estos problemas que ahora exponía. Siguiendo con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, creo que tendríamos que intentar dar un paso más, no sólo ceñirnos a los supuestos legales que contempla nuestra Ley sino llegar a una vez por todas a la despenalización del aborto. Esto afecta no sólo a las mujeres sino a los profesionales, sean mujeres u hombres, que se ven en muchos casos sometidos a procesos penales todavía por la interrupción del embarazo. Todos sabemos que la mujer que se somete a esta interrupción no es por gusto sino, en la mayoría de los casos, por necesidad y que si bien desde su Ministerio la Ministra de Justicia dijo de forma totalmente sincera que en ningún caso se preveía la despenalización del aborto, es un problema en el que tenemos que seguir luchando todos juntos porque, además, creo que es uno de los temas en que la sociedad mayoritariamente está ya muy por delante de lo que son las actuaciones o las normas que se recogen en nuestro ordenamiento jurídico.

Con esto acabo, señor Ministro. Una vez más he de agradecerle su comparecencia. Esperamos que pueda comparecer en esta Comisión cuantas veces sea necesario.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Senadora Costa.

Por el Grupo de Convergència i Unió tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, señor Ministro, por su comparecencia ante esta Comisión Mixta para los Derechos de la Mujer, ya que incorporar una perspectiva de género en la asistencia sanitaria y esto es uno de los hitos para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres.

Para ello podríamos agrupar entre grandes apartados los objetivos a seguir: primero, ofrecer información y atención específica para asegurar la salud y el bienestar de la mujer, especialmente en materia de salud reproductiva incluidos formación y asesoramiento sobre planificación de la familia.

En segundo lugar, reforzar los programas preventivos y difundir información a fin de reducir los factores de riesgo que más afectan a las mujeres y a las afecciones que comportan mayor tasa de mortalidad.

Y tercero, introducir la perspectiva de género en los estudios y en las diferentes disciplinas sanitarias.

Las investigaciones de los temas de salud específica de la mujer es un campo relativamente nuevo y, por tanto, queda mucho por hacer. Lo mismo podríamos decir sobre los temas referentes a la salud laboral de la mujer. En este aspecto hay que prestar protección especial a la mujer en los trabajos que pueden resultar perjudiciales para ella, así como incorporar la especificidad de la mujer en las revisiones y análisis laborales. Es, por tanto, necesario introducir esta perspectiva de género en todos los niveles de salud de las mujeres.

Queremos hacer hincapié en algunos temas que por su gravedad afectan e inciden de manera más grave en las mujeres, sobre todo en aquellos colectivos con mayores factores de riesgo, aquellos en los que se dan situaciones de especial interés, como pueden ser las mujeres discapacitadas, las mujeres reclusas o las mujeres ancianas.

Debido al envejecimiento de la población y en especial a la mayor longevidad de las mujeres, éstas presentan una calidad de vida inferior a causa de las afecciones óseas o articulares: osteoporosis, artrosis, afecciones reumatoideas, etcétera, más frecuentes entre las mujeres que entre la población masculina. Debido a esta longevidad, también hay un número superior de mujeres con enfermedades mentales.

Atención especial también merece, como ha citado el señor Ministro, en las mujeres la acción preventiva y la lucha contra el SIDA. Hay que presentar especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y niños y a la función reproductiva de la mujer, sobre todo, en el colectivo de mujeres reclusas.

También queremos insistir desde aquí en la formación de personal sanitario especialmente capacitado para atender a la rehabilitación y asesoramiento de las víctimas y verdugos de la violencia doméstica.

Especial atención han de tener los colectivos de exclusión social a fin de que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos de riesgo, tales como abortos ilegales, por falta de información o de servicios apropiados en materia de control de la natalidad.

Y, por último, existen prácticas perpetuadas por la cultura y la tradición que son perjudiciales para la salud y la integridad de las mujeres y niñas y que debido a la inmigración se están introduciendo en nuestro país. Me refiero a la circuncisión femenina o mutilación genital. No podemos cerrar los ojos a la introducción de este perjudicial práctica que tiene graves consecuencias sanitarias y de otra índole entre mujeres y niñas. Debemos afrontarla desde todos los ámbitos, legales, judiciales y también sanitarios.

Y aunque no sea un tema que afecte a un colectivo de riesgo pero que sí puede afectar a un grupo de mujeres, quisiéramos preguntar qué control de seguridad sanitaria se ejerce en las intervenciones quirúrgicas estéticas que practican cada vez mayor número de mujeres. Y no quiero insistir en las enfermedades alimentarias como la anorexia y la bulimia, porque ya se han tratado aquí.

Y para concluir, no puedo menos, señor Ministro, que hacer referencia al plan integral de atención a la mujer en lo referente a la salud reproductiva, programa expuesto ya por el señor Ministro en esta Comisión y contemplado en el II Plan de Igualdad para la Mujer siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing en 1995.

Como portavoz del Grupo Parlamentario catalán de Convergència i Unió, deseo informar a sus señorías del programa de atención a la mujer implantado en Cataluña y, a buen seguro, ya conocido por el señor Ministro. El año 1990, se creó en Cataluña el Programa de Atención a la Donna, el PAD. El Decreto de su creación aseguraba la implantación del programa a toda Cataluña y evidenciaba su idoneidad. Durante estos años se ha desplegado en todo el territorio, en un 60%, este programa de atención a la mujer con unos resultados globales muy satisfactorios. El programa sanitario de atención a la mujer comprende un conjunto de actividades que tienen un objetivo común: dar una asistencia integral y de calidad a la mujer y a la familia en la vertiente reproductiva para proporcionar la salud y prevenir y atender la enfermedad. El programa ha de adaptarse a las necesidades y características de la población a la cual va dirigida. La población ha de recibir de este programa una educación que le permita, aparte de preservar su salud, adquirir una autonomía y responsabilidades propias. De este modo será capaz no sólo de utilizar una oferta institucional sino también de detectar sus propia necesidades y crear la demanda correspondiente. Para llevar a término este objetivo se ofrecen actividades tanto asistenciales como educativas que merecen igual importancia.

El equipo del PAD está formado por un toco-ginecólogo, una comadrona y el personal auxiliar de soporte. En los lugares en que los centros de planificación familiar municipales se han integrado al PAD, se cuenta también con profesionales de estos centros los cuales trabajan en equipo y de forma coordinada.

La Unidad de atención a la mujer según el Decreto 283/1990, del 21 de noviembre, ofrece los siguientes servicios, algunos de los cuales coinciden con los que nos ha expuesto ya el señor Ministro.

Primero, atención a los jóvenes en materia de educación e información.

Segundo, orientación y planificación familiar.

Tercero, atención materno-infantil, que incluye control y seguimiento del embarazo, educación maternal, atención al puerperio y recuperación posparto.

Cuarto, atención a la menopausia.

Quinto, prevención del cáncer ginecológico y de mama.

Sexto, prevención y asistencia de las enfermedades de transmisión sexual.

Séptimo, prevención y asistencia a las enfermedades ginecológicas en general.

La continuidad de los servicios es uno de los aspectos que hay que remarcar, y el programa ofrece esta posibilidad. Esto quiere decir que la mujer debe contar con el mismo equipo de profesionales —toco-gine y matrona— a lo largo de su vida reproductiva: embarazo, planificación familiar, menopausia, etcétera.

Actualmente, la situación de las unidades de atención a la mujer no es homogénea en todo el territorio y la estrategia futura ha de ir encaminada a aumentar la flexibilidad y la cobertura de la población, pero los resultados altamente positivos nos llevan a proponer este Programa como una necesidad para garantizar a las mujeres un servicio útil, básico e irrenunciable.

Nada más, señor Ministro, pero quisiera añadir una aclaración a las Senadoras del Partido Socialista y del Grupo Mixto respecto a la Proposición no de ley que se aprobó en la Comisión de Sanidad en el Congreso: no se trataba de comercializar la RU sino de implantarla en los centros sanitarios y a través de especialistas, y además dentro de los supuestos ya incluidos y aceptados legalmente.

Nada más y muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Nada más y muchas gracias, señora Solsona.

A mí también me había llamado la atención este tema que ha surgido.

La señora Aramburu tiene la palabra en nombre del grupo parlamentario que representa.

La señora **ARAMBURU DEL RÍO**: Buenos días, señor Ministro.

Es un placer tenerle entre nosotros. Sinceramente, se lo hubiera agradecido mucho más si hubiera venido a petición propia, dadas las circunstancias, y no a petición de un grupo parlamentario pero, de alguna manera, está con nosotros.

Quiero plantearle una crítica suave, tremendamente suave, y es que, reconocido su buen talante, hubiera preferido que nos informara, a través de la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer, del programa de atención de la salud específica de la mujer.

Esta forma de hacer política en las mujeres debe también afectar de forma integral a aquellos que tienen en sus

manos la decisión a estos niveles. Por tanto, creo que es una recomendación —insisto— que, dado su talante, me consta que a partir de ahora podrá practicar.

En este sentido, también debo decirle que he detectado a través de su intervención, que me ha parecido tremendamente importante, un déficit analítico en las variables sociales que asisten al tema fundamental como es el de la salud. Nosotros, tanto Izquierda Unida como las mujeres, en clave feminista, planteamos que la salud es una pieza central en la calidad de vida, que tiene un carácter mucho más amplio de lo que pueda ser la ausencia de enfermedad.

Usted como experto en la materia sabe perfectamente el avance de la feminización de las enfermedades sociales. Hay un tremendo avance en llámese la depresión o llámese el estrés, que son hoy en día casi enfermedades específicas de las mujeres y en tramos muy sustanciales del componente mujer. Sabe usted igualmente cómo el papel de soporte de la enfermedad en sus diversas circunstancias se llama también hoy «mujer», por lo tanto, es esto a lo que yo me refería en cuanto al déficit de las variables sociales y analíticas que aparecen en el texto del plan de la salud; es decir, en el papel de soporte de la enfermedad y sus circunstancias, la mujer aparece absolutamente desfigurada.

Usted sabe también perfectamente cómo se está abordando la quiebra de la salud mental y física, con un profundo reflejo de la desintegración social, y que las enfermedades para nada son ajenas a la situación que vive este país y el conjunto de sus comunidades, de paro y de miseria en su conjunto. Porque usted sabe también que la miseria es el gran detonante del núcleo central de la mayoría de las enfermedades importantes en este país: la miseria, uno de los grandes detonantes.

Efectivamente, las mujeres con SIDA, las mujeres alcohólicas, las mujeres drogadictas empiezan a ganarle la batalla a la variable masculina, gran preocupación que debe estar reflejada de forma interdepartamental, interministerial y apenas lo hemos contemplado. Es decir, en las enfermedades que están haciendo estragos en este siglo somos las mujeres las que —y sólo en este tema— les ganamos la batalla a los hombres.

En este sentido, quiero mostrarles una gran preocupación, porque las privatizaciones de los servicios sanitarios van a aumentar más la carga doméstica de las mujeres, todavía más cuando usted sabe que los promedios hoy empiezan a sobrepasar las doce y trece horas de trabajo añadido al trabajo en la calle y, por lo tanto, tendríamos que conocer suficientemente si usted va a poner algún instrumento en marcha para evitar la privatización de los servicios sanitarios que aumentan la carga doméstica.

Yo tendría un profundo interés de saber si los 7.000 millones de pesetas que usted va a inyectar para el plan van a garantizar la puesta en funcionamiento y el sostenimiento de dicho plan o solamente provocarían efectos especiales.

He echado de menos —creo que el tema no tiene carácter jurídico, no es responsabilidad del Ministro de Interior ni de la Ministra de Justicia, sino también y fundamentalmente del Ministro de Salud— las medidas sobre los efectos que provoca la violencia doméstica como son los malos tratos y sus secuelas. Ha habido una ausencia importante

en la explicación del texto sobre qué hacer, desde el ámbito de su Ministerio, para las secuelas que provocan los malos tratos y la violencia doméstica, cada día de forma más galopante, en los hogares españoles.

El gran tema pendiente de la transición española que ningún Gobierno ha abordado suficientemente es el de despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo; como un principio no solamente de defensa de la sexualidad, sino del derecho de la mujer a disponer de su propio cuerpo. ¿Tiene usted previsto abordar la gratuidad, la libertad, las garantías? Y ¿tiene usted previsto en sus planes dismantelar el fariseísmo que asiste a parte del cuerpo médico practicando la objeción de conciencia en los hospitales y, por el contrario, abordando estas interrupciones en centros privados? ¿Qué va a hacer el Ministerio de Salud en un tema de esta envergadura que se convierte en opaco y empeña tanto la imagen de un sector tan importante para la vida social como es la clase médica?

Echo de menos también en el informe del plan todo lo relativo a un tema que quizá a algunas por la edad nos preocupa especialmente, como es el Alzheimer y la demencia. Es decir, todas las enfermedades degenerativas. Creo que es un tema que acosa, desde el punto de vista psicológico, a muchas mujeres y que el tratamiento, no solamente por el volumen sino por la calidad de la enfermedad, exigen una intervención de shock por parte del Ministerio de Salud.

Y hay un problema de una gran magnitud que igualmente me preocupa. Usted sabe que España es uno de los países europeos de mayor volumen receptor de inmigrantes, fundamentalmente de África, en un porcentaje que ya supera hoy el 15% y no solamente por la transmisión que significa de enfermedades complicadas sino por las que adquieren dada la falta de higiene, etcétera. ¿Qué hace su Ministerio con un tema de esta envergadura?

Y debo recordarle algo. Usted sabe que el 65% del plan personal sanitario es femenino; el 30% médicas, el 61% farmacéuticas; el 76% enfermeras, y el cien por cien comadronas. Todo este engranaje del asunto va a que los estudios de salud hoy, dada la feminización que hay en el área de salud, se está infravalorando. ¿Tiene previsto cualificar los estudios de salud en el sentido de darle el carácter mixto que les corresponderían?

Quiero también plantearle cómo aparece hoy como un eje central del status social, mediático, la vejez asociada a la pobreza. La vejez siempre aparece asociada a la pobreza, posiblemente porque más del 50% de las pensiones de vejez no superan las 60.000 pesetas, con lo cual, lo que hemos llamado feminización de la pobreza y de las enfermedades, aparece también unido a la vejez.

En este marco ya sólo una pregunta que ha aparecido como una gran preocupación en el hilo conductor de las compañeras que me han precedido, y para que lo conozca la sociedad: los planes que tiene previstos para la gran enfermedad femenina de finales de siglo, como es la bulimia o la anorexia. Partiendo de una consideración importante —y habrá que neutralizar a las revistas del corazón—: que esta enfermedad no es la enfermedad de las princesas sino

de jóvenes anónimas. En este sentido, ¿cómo va a poner el acento en el plan con respecto a la gran enfermedad femenina de finales del siglo XX?

Otra gran preocupación de toda la comunidad que trabaja en este sentido, junto con el «medicamentazo» es: ¿qué provisiones tiene usted, señor Ministro, para impedir la priorización de los servicios públicos? ¿Cuáles son las medidas que va a emplear? Yo no pongo bajo sospecha absolutamente nada, solamente quiero saber cuáles son las medidas que va a utilizar para que eso no pase y tener más tranquilo al conjunto de la comunidad en clave de salud. En el sentido que le comentaba, deseo también mostrar mi preocupación por la exclusión de las prestaciones de contenido socio-sanitario de la financiación pública; creo que eso, como le he dejado entrever a lo largo de mi intervención, va a obligar a incrementar la atención familiar, versus mujer. Por tanto, voy a golpear suavemente, pero siempre que pueda, con esa preocupación para que el Gobierno lo tome más en cuenta. Creo igualmente, señor Ministro, que los conciertos sin garantía están provocando que recaigan los elementos de corrección sobre las parientes más cercanas: la madre, la suegra, la cuñada, la nuera, la hija. Esas son las variables sobre las que recaen los conciertos y garantías. Creo efectivamente que esa dejación —y lo digo en un tono absolutamente suave— de responsabilidades profesionales está provocando que la cobertura sanitaria en muchos casos se aborde por las Hermanitas de los Pobres, las Hermanitas de la Caridad, o supliéndose con un voluntariado. Hoy un voluntariado, mañana no sabemos la dimensión de algunos pequeños monstruos que podamos ir generando.

Los Presupuestos Generales del Estado evidencian una gran despreocupación sobre la problemática «mujer» y un cierto sesgo hacia su papel en el área de la salud que creo que no se está cubriendo suficientemente con las inversiones directas o indirectas en el sector. Y le digo sinceramente, señor Ministro, que lo que esto demuestra desde la filosofía, en algunos casos, pasiva, es la no apuesta por la igualdad en los temas de salud.

Planteo, por lo tanto, señor Ministro, que vaya tomando nota para que todo sea manifiestamente mejorable, como la posibilidad de ampliar el permiso de maternidad/paternidad a veinte semanas, siendo obligatorias cuatro de ellas para el hombre, cuando no sea en el marco de las familias monoparentales. En este sentido, he de decir que no ha sido resuelta la asignatura pendiente de que, desde la responsabilidad del Estado, ustedes contemplen el tema de la despenalización con más rigor, con más criterio social en todas sus variables, teniendo en cuenta lo que significa de vergüenza para un país democrático los procesos que se están imponiendo a muchas mujeres. Creo que el tema del registro y la comercialización de la RU-486 tiene que tener una traducción hospitalaria, una traducción pública suficientemente concreta para que sea creíble por el conjunto de la sociedad y de la comunidad. En este sentido, hacen falta dos o tres elementos más y es prevenir y atender la situación sexual y reproductiva integral de la mujer en los términos que planteamos, no sólo en una parte de la sociedad sino en el conjunto de ella.

Igualmente, entiendo que habría que actuar eficazmente en los programas de prevención del cáncer ginecológico, la osteoporosis, la menopausia en los centros de salud, con programas y evaluación.

He notado una gran ausencia en su plan y es que hay que desarrollar la ley de prevención de riesgos laborales con acento en el colectivo mujer: embarazada, período de lactancia... Y también tendría que tomar nota sobre otra ausencia importante que he detectado y es que es necesario inventariar los riesgos laborales de la salud en la mujer trabajadora, es decir, recalificar las enfermedades profesionales; ya no sólo somos amas de casa, somos además trabajadoras. Creo igualmente, en este sentido, que habría que potenciar los servicios de investigación vinculados a la salud de la mujer para prevención de las malformaciones congénitas, etcétera. Es decir, incorporar con todo el acento necesario la perspectiva de género en la formación sobre la salud y todas sus variables.

Quiero conocer también en profundidad cuál va a ser la cobertura en este plan para todos los colectivos excluidos como puedan ser las prostitutas o las reclusas. Y, en este sentido, me parecería también del máximo interés para esta Comisión, para el Senado y para la Cámara del Congreso, conocer el nivel de ejecución del III Plan en esta materia y, sobre todas las cosas, señor Ministro, identificar los obstáculos que usted tiene para poner en marcha el III Plan. ¿Son poderes fácticos, industrias farmacéuticas? ¿Cuáles son los obstáculos? Identifíquelos para que entre todos podamos resolverlos bien.

Por eso, señor Ministro, creo que es necesario que usted asuma el compromiso de cumplimiento del IV Programa de Acción comunitario y de los Acuerdos de Beijing en su materia.

Y termino, señor Ministro, con algunas recomendaciones.

Primero, nosotros planteamos la necesidad de una financiación suficiente y multisectorial.

Segundo, un servicio público de calidad solidario y mixto.

Tercero, una planificación democrática que atienda a todos y a todas sin exclusión.

Cuarto, un desarrollo comunitario de la promoción y la prevención con medidas de acción positiva para las mujeres.

Quinto, políticas integrables de uso racional del «medicamentazo» que afectan a anticonceptivos, etcétera.

Sexto, recursos humanos suficientes y un estatuto marco.

Y, séptimo, velar por la aplicación de las incompatibilidades para un servicio desmasificado y de calidad.

Y le recuerdo algo, por último, que dice la Organización Mundial de la Salud, y es que define la salud para hombres y mujeres como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad. Por tanto, ejecútese.

Nada más y muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la Diputada Sáinz.

La señora **SÁINZ GARCÍA**: Muchas gracias, señora Presidenta.

Señor Ministro, en nombre del Grupo Popular es para mí una satisfacción darle la bienvenida a esta Comisión Mixta. La satisfacción —me van a permitir el resto de las compañeras— llevar, además, una carga añadida de afectividad por ser paisana de usted, sentimiento, por otra parte, que en este caso comparto con otros dos gallegos presentes en esta Comisión.

Nuestro Grupo desea que quede constancia de que su presencia, señor Ministro, es histórica. Es histórica en la vida de esta Comisión, porque desde su constitución, ya en anteriores legislaturas, es la primera vez que comparece en ella un Ministro de Sanidad, y doblemente histórica, porque de su intervención se desprende algo fundamental y es que por primera vez un Gobierno ha elaborado un plan integral de atención a la mujer en el área de la salud. Algo que el Grupo Popular venía reclamando desde hace muchos años y había ofrecido a los ciudadanos en su programa.

Sin duda, esta Comisión conoce que, dentro del III Plan de Igualdad de Oportunidades al que usted ha hecho acertada referencia, ocupa un área de gran interés el área de la salud, como no podía ser de otra manera. De su importancia bien conocemos las mujeres, porque de ella depende su bienestar e incluso su vida.

El Grupo Popular, sin ningún espíritu triunfalista pero sí desde la objetividad, remarcamos la importancia que tiene el que por primera vez tengamos ese plan integral de atención a la mujer, un ambicioso programa que se desprende de sus palabras, hecho para abordar todo el ciclo biológico de la mujer y quiero recalcar precisamente eso: «Todo el ciclo biológico de la mujer», donde se suceden diferentes etapas.

Es un acierto, por lo tanto, el que el plan tenga ese carácter integral con unos objetivos muy claros enfocados hacia lo que usted ha resaltado, como es la prevención o la atención de las enfermedades también propias, pero en el que se dan además respuestas muy importantes a ese objetivo de prevención y de apoyo.

El plan integral elaborado por el INSALUD tiene el mejor de los objetivos generales que usted nos ha anunciado: impulsar esa atención sanitaria, mejorar la prevención, la rehabilitación y la atención.

Ha hecho hincapié en algo que nos parece fundamental: lograr la mejor coordinación. Lo ha dicho usted y nos parece que, desde luego, es una obligación tratar de rentabilizar recursos, tanto técnicos como humanos, y no sólo es importante esa inversión adicional de los 7.000 millones de pesetas, por primera vez, sino que además se dé esa concepción global que contiene en ese plan todas las pautas que nuestro Grupo considera necesarias para su eficacia.

Desde un análisis de la situación del proceso, ha hecho referencia a datos estadísticos o, en su caso, descripción de esas enfermedades pasando por unos objetivos muy claros,

de gran interés, que estoy segura que todos los grupos compartimos, sin olvidar además que usted nos ha dicho que cada acción viene acompañada de una serie de actuaciones y de una descripción acertada de la gestión y de la organización que se pretende llevar a cabo, recogiendo algo fundamental que debe estar dentro de ese plan que ha elaborado y que nuestro Grupo le pediría, si es que no lo ha sido ya, que fuese incluido. Pero tenemos noticias, por sus palabras, de algo que es imprescindible en cualquier plan y es la evaluación. Y con ello, señor Ministro, daríamos respuesta a algunas de las consideraciones que se han vertido por parte de algún otro grupo y que no respondía a la realidad, porque seguro que se va a esa evaluación.

Nuestro grupo comparte con usted el interés que mueve a su Ministerio para llevar a cabo acciones de prevención de diferentes tipos de cáncer ginecológico. Sabemos que ya se está en ese buen camino. Conocemos el éxito de su gestión en anteriores mandatos y que encauzan ahora las mismas directrices. Porque cada vez se detectan los cánceres ginecológicos más pronto, sobre todo el de mama que, como señalaba usted, tiene una incidencia de mortalidad importante, sin duda se están posibilitando mejores pronósticos. La detección precoz permite algo que también es fundamental para las mujeres. Tratamientos conservadores que sin perder su seguridad facilitan tratamientos que son mucho menos traumáticos para las mujeres, algo en definitiva fundamental.

Por ello, señor Ministro, nos parece importante todo el esfuerzo que se está llevando y que es necesario para conseguir captar el mayor porcentaje de población susceptible de ser incluida dentro de estos programas de detección del cáncer de mama durante ese bienio que usted ha señalado como marco de referencia para este plan integral.

Acertado nos parece también el establecer cualquier control, cualquier riesgo para conocer la evaluación de la enfermedad y con ello algo que reclamaba el Grupo Socialista, es decir, la atención constante, el conocimiento en definitiva de la eficacia de esas actuaciones que se llevan a cabo en este plan.

Parece también de gran interés el esfuerzo que se está realizando para hacer esas citologías periódicas de las que tenemos no solamente referencia por lo que usted ha dicho sino por el conocimiento de las averiguaciones que nuestro grupo hace en colaboración con los responsables del Grupo parlamentario en la Comisión de Sanidad, que contribuyen en gran medida a eliminar el riesgo de muerte por los diferentes cánceres de útero, como también que los nuevos métodos de detección radiológica y de explotaciones periódicas que se están aplicando ayudan a eliminar ese riesgo del cáncer de útero.

Dentro del plan integral está un apartado al que usted ha hecho referencia de atención al embarazo, parto y puerperio, etapas importantes en la vida de una mujer. Y en este sentido quiero decirle que nuestro grupo se alegra de que se haya aprobado, en la Comisión de Sanidad, una propuesta para que ese importante momento sea compartido con la pareja. Sabemos su voluntad en atenderlo y, en definitiva, el grupo se lo agradece y apoya en la medida en que sea posible extenderlo y generalizarlo evitando

cualquier riesgo de dificultad añadida a un acto importante.

Compartimos con usted las actuaciones que se ha marcado su Ministerio sobre la etapa menopáusica, de su eficacia y acierto; estamos seguros que muchas mujeres se van a beneficiar.

Y, por otro lado, el Ministerio estará actuando con criterios de rentabilidad porque, lógicamente, se podrán prevenir y evitar una serie de enfermedades que son después una carga económica importante dentro de las atenciones que está realizando el Ministerio de Sanidad y que sabemos que continuará, y en ningún momento ha pasado por la cabeza del responsable tratar de recortar.

Resaltamos el interés del Convenio que usted ha firmado con el Instituto de la Mujer y Prevención del SIDA; la prevención y la correcta información sobre un problema de salud es realmente importante. Todo lo que se haga por una correcta información a las mujeres sobre este problema de salud es urgente, urgencia que se deriva de la preocupación que nuestro grupo tiene del aumento de esta enfermedad en mujeres jóvenes heterosexuales. Es cierto que el SIDA ha bajado en España un 9%, pero también es cierto —y esto lo lamenta nuestro grupo— que haya aumentado en parejas entre 25 y 44 años y, dentro de este grupo, en las mujeres. Dentro de este grupo es la primera causa de muerte y por eso es importante que las mujeres tengan un conocimiento muy claro de que pueden ser víctimas —en muchas ocasiones ignorantes también— de su pareja. Una nueva faceta que nos podría hablar, sin querer exagerarlo, de una discriminación más que la mujer sufre desde esta ignorancia de poder llegar a contraer esta enfermedad.

Pedimos por ello que se ahonde en los controles periódicos, no sólo analíticos sino sistémicos, y no sólo entre los jóvenes sino también entre las mujeres adultas. Celebramos el acierto de esas revisiones y las actuaciones que se van a derivar de ese convenio como es la actualización, como usted nos ha anunciado, de la Guía de salud, Mujer y SIDA, con el fin de ofrecer una correcta información a las mujeres.

Tendría que resaltar, señor Ministro, que conocemos de su receptividad y de esa respuesta positiva que ha dado el Ministerio de Sanidad a la colaboración con el Instituto, y no sólo en este Convenio sino que tenemos constancia de que se ha firmado también un convenio específico con el Instituto de Salud Carlos III y con el Instituto Nacional de la Salud más allá de este específico del SIDA.

Convenios, por otro lado, que han dado lugar a una serie de actividades formativas de las que nuestro grupo ya tiene constancia de su preocupación y que tienen además ese objetivo importante que se ha señalado por parte de algunos portavoces, como es mejorar e impulsar los conocimientos específicos sobre la promoción de la salud de las mujeres, en jornadas o en cursos que se han celebrado, dirigidos a los responsables de las unidades de formación de las áreas de salud de atención primaria. Del interés de ello no querría insistir puesto que se dirige a profesionales con el objetivo de conocer, de detectar las necesidades. También sabemos que en algunas ocasiones los cursos van di-

rigidos única y exclusivamente a detectar las necesidades de la salud de las adolescentes; conocer cuáles son los temores; conocer incluso cuáles pueden ser las resistencias y los conflictos sobre el uso de métodos anticonceptivos y, al mismo tiempo buscar las salidas de los problemas, facilitar los cambios de actitudes en línea con lo que se ha reclamado aquí por algunas portavoces, que nuestro grupo siempre ha pedido, y que sabemos que es un objetivo compartido por el Gobierno actual sobre la educación sexual reclamada por algunos grupos y que, en definitiva, es una de las constantes del Gobierno compartido en una serie de responsabilidades.

Celebramos el acierto de la revisión de una serie de folletos de información que se han venido realizando y termino, señor Ministro, diciéndole que su intervención en esta Comisión ha sido el mejor argumento para quienes sin duda, en algunas ocasiones, y también nuestro grupo, venían reclamando la necesidad de atender el área de salud de la mujer buscando, además, la eficacia. Eficacia que nuestro grupo no duda se va a obtener, porque nos parece que no sólo ya se desprende de lo que he resaltado en mis primeras palabras, que por primera vez se haya hecho un plan integral de la salud de la mujer, sino porque también en él se han contemplado todas las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos.

Sabemos, por otro lado, que esos objetivos y actuaciones en el área de la salud tienen acciones complementarias como las de prevención de riesgos laborales que se están haciendo entre el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Tiene nuestro Gobierno conocimiento, no por un conocimiento privilegiado sino porque es público y notorio, de que esas colaboraciones que tienen también que ver con el área de la salud que algunos grupos le reclamaban se está realizando, por ejemplo, con el Ministerio del Interior, en el marco de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y el Instituto de la Mujer.

Por ello, señor Ministro, sepa que cuenta con todo el apoyo del Grupo Popular y, en su nombre, le reiteramos no sólo la bienvenida sino una satisfacción, modesta en definitiva pero cargada de razón, porque hoy, en esta comparecencia en la Comisión, hemos visto el interés de su Ministerio por una actuación que nuestro grupo considera justa y necesaria de atención a la mujer. Muchas gracias.

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

Para contestar a las portavoces tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Muchas gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecer a todas su acogida y el tono absolutamente constructivo de sus intervenciones, no exento de crítica en algunos casos, y me propongo contestar lo mejor que pueda a las distintas intervenciones.

La Senadora Navarro se refirió a los condicionantes culturales y sociales, también lo hizo después la Diputada Aramburu. Estoy absolutamente convencido de que eso es

así y de que todo lo que sea mejorar en el entorno social y económico del país es lo mejor que se puede hacer para mejorar la salud, lo mismo que algún tipo de hábitos y conductas sociales, con independencia del trabajo bien meritório de los servicios asistenciales y de la organización sanitaria.

Creo que los profesionales tienen la sensibilidad necesaria para atender este tipo de problemas, lo cual no quiere decir que estemos en la perfección porque la perfección no es en ningún caso de este mundo. Seguiremos trabajando y haciendo todo lo que podamos porque cada vez se atiendan mejor los distintos problemas y también éstos relacionados con la problemática especial de la mujer.

Los Presupuestos se incrementan en relación con el plan en esa cifra que he dado, en torno a los 7.000 millones. Me preguntaban en qué partida están. Están repartidos entre los distintos capítulos y conceptos con los que hay que trabajar desde la gestión económica de los recursos públicos; habrá incrementos en el Capítulo I porque la generalización de la anestesia epidural exigirá mayor presencia de anestésistas en nuestros servicios y eso sin duda llevará un aumento en el Capítulo I. El Capítulo II, en el que se dotan los gastos de funcionamiento de los servicios, se verá incrementado con parte de esa cifra que he dado para atender el incremento de las actividades derivadas de estas actuaciones. Y el Capítulo I tendrá que atender a la compra de mamógrafos y de los medios diagnósticos y tecnológicos necesarios para acometer en profundidad todas estas actividades. Si alguien quiere mayor precisión con mucho gusto se la haríamos llegar.

En todo caso, la Senadora Navarro le diría que en algunas de estas ramas estamos dando un salto cualitativo en el programa de prevención del cáncer de mama aplicado con generalidad total a todo el territorio del INSALUD, de tal forma que en los próximos dos años puedan ser revisadas todas las mujeres —no digo todas, porque no van a acudir todas, pero en porcentajes muy importante, que eso sí esperamos conseguirlo—, las comprendidas entre los 50 y los 64 años, lo que realmente supone un salto cualitativo sobre lo que se estaba haciendo. Y se incorpora el INSALUD con esta medida a las Comunidades Autónomas más avanzadas en este campo y, por lo tanto, ahí se está dando un salto cualitativo. Porque lo cuantitativo, cuando adquiere esas dimensiones, se convierte en cualitativo.

Tengo que decir, por la experiencia que tenemos, la que tiene el INSALUD y la que tengo yo de actividades anteriores, que la respuesta en general es excelente respecto a este tipo de Planes.

Se supera generalmente el límite del 70%, que es el que los expertos consideran necesario para alcanzar los objetivos del plan. Y yo recuerdo alguna aldea gallega en la que yo estuve con mujeres interesadas en estas cuestiones que asistían a una conferencia de un médico explicando el problema del cáncer de mama, donde habían acudido a los problemas preventivos y habían pasado por las unidades móviles en las que se hacían las mamografías en aquel municipio, el 84% de las mujeres de aquella aldea del interior de Galicia. Eso revela la creciente sensibilidad y preocupación que hay en la mujer por estas cuestiones y que llega

a estos colectivos que podrían estar más alejados de esta concienciación como pudieran ser en este caso las mujeres de esta zona rural de Galicia. Pues allí habían acudido el 84% de las mujeres.

El plan tiene una duración inicial de dos años con vocación de continuar en el futuro.

A otras patologías me referiré en distintos momentos de la intervención, naturalmente todas son atendidas por los servicios sanitarios, lo cual no quiere decir que respecto de algunas no se pueda ir haciendo una integración dentro de este marco general de un plan especial para la atención a la mujer siempre que las circunstancias así lo aconsejen.

Puedo decir también con satisfacción que hemos incrementado muy notablemente las actividades de educación sanitaria y las hemos llevado no sólo a los campos específicos de las actividades de los servicios sanitarios sino que, por primera vez, estamos utilizando los medios masivos de comunicación, concretamente las cadenas de radio de más implantación en el territorio del INSALUD, todas están impartiendo diariamente diversos mensajes educativos para la población en materia sanitaria y, naturalmente, todas estas cuestiones de las que hemos hablado aquí tienen hoy su acogida en estos mensajes educativos y formativos que estamos tratando de hacer llegar a toda la población aprovechando las posibilidades que tienen los medios modernos de comunicación de masas. Confiamos en que de ahí se deriven muchas ventajas para la población al recibir mejor información y esta forma de educación sanitaria que se les hace llegar a través de la radio con independencia de los consejos y de las indicaciones que pueden recibir en el marco educativo o del propio sistema público sanitario.

La campaña anti-SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo va a tener, el año 98, una dotación adicional de 2.000 millones de pesetas, que supone un 300% de incrementos sobre las situaciones de presupuestos anteriores. Eso es un contexto presupuestario todavía restrictivo como es el que estamos teniendo por las consideraciones macroeconómicas que conocen sus señorías. De modo que esto creo que dice más que nada del interés del Gobierno por la lucha contra esta enfermedad que efectivamente afecta de una manera muy significativa a las mujeres. Y vamos a dedicar básicamente estos 2.000 millones adicionales a prevención del SIDA en colaboración con las comunidades autónomas y con las organizaciones no gubernamentales con independencia de las campañas de divulgación y de información sanitaria que hagamos directamente nosotros con objeto de avanzar en el campo de la prevención de esta enfermedad donde todavía tenemos que conseguir objetivos mucho más ambiciosos, con independencia de todo lo que se esté haciendo para mejorar el tratamiento de estos pacientes que afortunadamente disponen hoy de medios terapéuticos que les permiten mejorar su calidad de vida y prolongar —no sabemos cuánto, ojalá sea mucho— su vida en condiciones aceptables.

En relación con los mensajes de nuestras campañas publicitarias sobre estas cuestiones, Senadora Navarro, nosotros, siguiendo estrictamente el consejo de los profesionales de la medicina y de los expertos en esta materia, le decimos a la juventud y a la opinión pública toda la verdad,

que no excluye referencia a consejos sobre prácticas sexuales, que serían unos ideales que sabemos que no se van a alcanzar y, por tanto, les tenemos que decir también lo que tienen que hacer cuando no se sigan esas recomendaciones de los expertos sanitarios. Estoy hablando siempre de recomendaciones de expertos sanitarios que son los que dictan los consejos que nosotros damos. Y hay que decir a la juventud primero esto, después esto y, tercero, esto otro. Y nosotros se lo decimos todo, no les ocultamos nada de lo que nos dicen los expertos sanitarios sobre estas cuestiones porque tienen derecho a saberlo todo y a saber cuáles son los consejos que dan los expertos sanitarios para evitar esta enfermedad. Yo no censuro a los expertos sanitarios en ninguna de estas cuestiones y se están trasladando todos esos consejos sobre esta materia.

No tengo conocimiento de que haya un declinar de los servicios de planificación familiar; en ningún caso eso correspondería a ninguna directriz. Queremos que esos servicios funcionen tan bien como los demás y si es posible mejor, porque lo único que nos mueve es el deseo de entender mejor a los pacientes y a los pacientes en situación de más debilidad. Y si eso es un colectivo de mujeres en un determinado momento, ésas son nuestras preferencias: los pacientes y los pacientes más débiles.

La anestesia epidural no la vamos a recortar, el «medicamentazo» no va por ahí. Al contrario, vamos a recortar en medicamentos no necesarios para poder atender estos otros, para que pueda haber anestesia epidural y otras muchas cosas que son más necesarias que algunos medicamentos no estrictamente indispensables.

Y porque necesitamos esos recursos para hacer las mamografías y para abrir los quirófanos por la tarde y para atender mejor a la población y abrir más centros de salud por la tarde, y abrir más hospitales por la tarde, etcétera, para todo esto es para lo que necesitamos economizar en una partida de gasto farmacéutico que, lamentablemente, estaba en nuestro país y lo sigue estando a pesar de los esfuerzos que estamos haciendo todavía a niveles superiores a lo que pueden ser las medias europeas con las que nos comparamos habitualmente en estos temas.

La lista de espera de mamografías, obviamente, con todo el plan integral del cáncer de mama se verá aliviada y, de momento, no pensamos en cambiar las edades sobre las que trabajamos porque si mis informaciones no son erróneas, los expertos siguen recomendando que no se hagan intervenciones de este tipo y operaciones de cáncer de mama de esta naturaleza más que en mujeres comprendidas entre los 50 y los 64 años. Porque es ahí donde la imagen mamográfica es más fiable y es en esas edades donde la evolución del cáncer de mama permite que con una revisión anual se pueda garantizar que realmente la detección del cáncer de mama es suficientemente precoz como para que el pronóstico sea muy alentador y muy esperanzador. En edades más jóvenes, como seguramente saben sus señorías, la fiabilidad de la mamografía es mucho menor y la evolución del cáncer de mama tiene en ocasiones tal rapidez que hace desaconsejable la utilización masiva de esta técnica porque no permitiría esa detección precoz y, por lo tanto, resulta desaconsejable

fuera de esas edades una actuación de esa naturaleza. Si la ciencia —lo cual siempre es posible— cambia sus convicciones, nosotros estaríamos al dictamen de los expertos más competentes en estas cuestiones, pero creo que hasta este momento nos estamos moviendo de acuerdo con el consenso más generalizado de la comunidad científica sobre estas cuestiones.

El 95% será seguramente un porcentaje demasiado ambicioso para conseguir en nuestros Programas, pero el 70% que es el mínimo, estoy completamente seguro que los vamos a superar y ya recordé antes que tengo algunas experiencias en donde se llegaba al 84% de las mujeres, lo cual es muy alentador.

Tampoco vamos a recortar ningún medicamento necesario para la menopausia. Nada de lo que vamos a hacer va a perjudicar la calidad de la asistencia que estamos dando y sí practicar economías que nos permitirán atender mejor otras prioridades.

En la interrupción del embarazo en el sector público nosotros estamos por respetar los derechos de todos, naturalmente, y con especial sensibilidad los de las mujeres, y cumplir el ordenamiento jurídico y la legalidad vigente que es a lo que nosotros estamos obligados y que se puede hacer con toda tranquilidad y satisfacción en un Estado democrático como el que tenemos.

La Senadora Costa i Serra se refiere al tema de la anorexia y la bulimia, a la interrupción voluntaria del embarazo. Con independencia de lo que acabo de decir, lo demás es otro debate, Senadora, no es a mi juicio de este momento. Nosotros tenemos que cumplir la legalidad vigente, y por lo demás, en lo que respecta a las posiciones de mi Partido en esas cuestiones me parece que son lo suficientemente conocidas y a ellas me remito.

La Diputada Solsona ha hecho aportaciones muy constructivas. A mí me parece muy atinada esa introducción de la perspectiva del género en todas estas cuestiones. Y se ha referido a otros aspectos en los que la mujer acusa especialmente la problemática de salud como pueden las ser discapacitadas, reclusas, ancianas con problemas que aparecen en edad avanzada en la mujer, también en ocasiones debido a su mayor longevidad, que tiene algunas ventajas pero también inconvenientes.

Todo eso me parece muy a tener en cuenta y, en la medida en que tengan entidad para incorporarse algunos de estos problemas al plan integral, lo haríamos con mucho gusto. Plan que, por cierto, está en una fase de elaboración y de consultas. Cuando esté concluido, con mucho gusto lo haremos llegar a todas las Diputadas y Senadoras interesadas en estas cuestiones. Pero está todavía en la fase de recogida de informaciones y de consultas, en espera de que se puedan completar nuestras previsiones con lo que resulte de esa información.

También tengo que decir que en el seno del Instituto Nacional de la Salud las representaciones sindicales han estado muy activas en este punto y se han hecho muy presentes en la consecución de estos trabajos. Un principio de acción social en la elaboración del plan ya arranca del propio trabajo del INSALUD, pero eso se está completando en estos momentos y esperamos que, concluido el plan,

podamos hacérselo conocer como es obligado y por mi parte muy satisfactorio, a todas ustedes.

La Diputada Solsona nos recordó también experiencias del Plan Integral de Atención a la Mujer en Cataluña. Yo conozco bien la sanidad catalana —lo he dicho en muchas ocasiones— y es una referencia que tendremos siempre en cuenta porque a lo único que aspiramos es a acertar en éste como en otros campos y no nos duelen prendas de ir a aprender para que las cosas salgan bien, y con ese talante nos aproximamos a estas cuestiones.

Me he referido a la Diputada Aramburu en alguna otra contestación. El plan está en elaboración y los condicionantes sociales son muy importantes, pero la sensibilidad del Gobierno sobre estas cuestiones también está acreditada, señora Diputada, usted en algún otro momento de su intervención se refiere a las garantías de la privatización. ¿Qué mejor garantía que un incremento de los recursos de 390.000 millones que existen en el servicio sanitario público como una oferta realmente decidida del Gobierno y del Partido Popular por la consolidación y la mejora del sistema público nacional de salud? Suben 390.000 millones los Presupuestos del 98 sobre los del 97; una cifra histórica nunca alcanzada en un momento de restricciones presupuestarias de contención del gasto público por exigencias macro-económicas. Desde nuestra perspectiva, las apuestas del Gobierno son en este contexto el gasto social y el empleo. Es también lo mejor que podemos hacer para atender a la salud, mejorar la situación del empleo y mejorar el gasto social con los únicos límites que nos imponen los condicionantes macro-económicos. Porque mal servicio prestaríamos a la salud y al bienestar de la población si con una mala política económica no permitiéramos el crecimiento de la riqueza necesario para atender este gasto social y la creación de empleo.

Nuestra política económica está subordinada a la creación de empleo que es lo mejor que podemos hacer para luchar contra la exclusión social y, al mismo tiempo, con un incremento del gasto social de esta magnitud, los gastos en sanidad van a subir más del 10% en unas circunstancias en que los Presupuestos suben, el año pasado, poco más del uno por cien, este año poco más del dos por cien, lo cual habla más que nada de la sensibilidad del Gobierno a las políticas sociales, a la política sanitaria dentro de su concepción de la política macro-económica y entendiendo que, para una buena economía, la queremos servir como la estamos sirviendo. Lo cierto es que está ya permitiendo la creación de empleo. En una buena base y un buen funcionamiento de la economía, es un requisito necesario para las políticas sociales que todos queremos aplicar en beneficio de los más desfavorecidos.

Tengo buen concepto de nuestros profesionales de la medicina y tengo que respetar su conciencia y, por lo tanto, no puedo aceptar descalificaciones globales de los médicos españoles en ninguna materia. Si alguno no cumple con su deber que se diga y será corregida su actuación.

La exclusión de las prestaciones sanitarias. No hay exclusiones sanitarias, siguen como están, no se reducen las prestaciones sanitarias. Y una aportación privada en pres-

taciones sanitarias está ahí y es lo que tenemos; no hemos procedido a ningún recorte en ese sentido.

Informaremos del nivel de ejecución del plan con mucho gusto.

Agradezco mucho el apoyo de mi Grupo Popular. Me resultó especialmente grato saber que era la primera comparecencia de un Ministro ante esta Comisión y para mí es un honor hacerlo.

Estamos ante el primer plan que se presentaba en relación con estas cuestiones. Y le agradezco también la evocación de algunas experiencias anteriores en nuestras actividades en Galicia que nos permiten matizar esas experiencias ahora en un ámbito más amplio y al servicio de todo el país y de las unidades gestionadas, cuyos servicios sanitarios gestiona el INSALUD.

Y voy a intentar contestar algunas de las intervenciones puntuales. La aportación de la mujer a la elaboración del Plan está en el contexto a que antes me he referido. La partida presupuestaria de los 6.800 millones.

El plan tiene vocación de continuidad y permanencia—lo he dicho ya— aunque se contemple inicialmente en dos años para seguirlo específicamente. Pero el plan se implementará en la existencia y continuará e incluso se mejorará incorporando nuevas patologías. Como esto que se nos ha sugerido de las discapacidades, la osteoporosis o algunas otras patologías. Está previsto que se puedan incorporar otras patologías al plan. Se ha contado con los profesionales sociales y científicos, sindicatos etcétera. Se elaboró en el INSALUD de julio a septiembre. De septiembre a noviembre se están recibiendo aportaciones en todos los sectores que se incorporarán en la medida en que se puedan aceptar. Y ya se está negociando con los equipos directivos el desarrollo del plan, ahora en diciembre, para poder concluirlo y ponerlo en vigor a partir de primeros de enero.

En relación con la anorexia y la bulimia, no están integrados por el momento. Pretendemos que la atención se dé con dispositivo común asistencial. Pretendemos que las comisiones paritarias de áreas creadas en todas las áreas del INSALUD creen un grupo de trabajo para organizar la asistencia a las personas con trastornos alimentarios, teniendo en cuenta las características del área. Por tanto, no está en el plan pero hay una sensibilidad especial para abordar esta patología. Y para eso tendremos en cuenta también una proposición no de ley presentada en el Congreso de los Diputados que se va a ocupar de esta cuestión cuyas conclusiones tendremos también en cuenta. Es una proposición no de ley para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios, presentada por el Grupo Popular y publicada en el Boletín Oficial del Congreso de febrero de 1997.

En cuanto a la fertilidad, no está incluida en el Plan. Los tratamientos de fertilidad se dan con los recursos existentes en la actualidad. Aunque reconocemos alguna limitación, vamos a ordenar este sector con la comisión de fertilidad creada. Los anticonceptivos en el plan se basan en la prescripción directa por el facultativo de manera personalizada. La ligadura y la vasectomía continuará ofertándose

como hasta ahora por los servicios de ginecología y urología.

En cuanto a la información, el plan contempla como una acción específica la información a la mujer. Se piensa elaborar una pequeña guía divulgativa sobre todo lo referente al cáncer de mama y a la menopausia. La analgesia epidural es estrella en el plan, no le va a afectar ninguna cuestión de la financiación, no hay «medicamentazo» para esto sino justamente lo contrario. Es una cuestión ya prevista y planificada. En el 97-98, en el 40% de los hospitales; en el 99 el otro 40 y, en el 2000, ya al cien por cien.

Anorexia y bulimia. Se aprobó antes del verano una proposición no de ley a que antes me refería presentada por el Grupo Popular y vamos a tener en cuenta sus recomendaciones.

El cáncer de mama es el programa estrella. Lo que se hace hasta ahora es testimonial. Ahora sólo se hace detección precoz a mujeres de las comunidades autónomas de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, parcialmente en Murcia, Extremadura y Baleares. Ahora se va a extender a las diez comunidades autónomas cuyos servicios sanitarios gestiona el INSALUD de forma organizada y controlada.

En relación con la interrupción del embarazo, la realización del aborto en los supuestos legales está garantizada, bien en centros propios o en centros concertados. No hay acciones nuevas previstas, sólo prevenir el embarazo no deseado. Sobre todo en las jóvenes mejorando la información.

Malos tratos de la mujer. No está incluido en el plan, pero el INSALUD tiene el proyecto de divulgar un protocolo de cómo la mujer debe ser atendida física y psicológicamente para favorecer su asistencia y todo lo relativo a no destruir las pruebas para el probable proceso judicial.

Mamografía, lista de espera. Está planificado que no haya lista de espera. Las mamografías del Plan serán realizadas fuera de los hospitales mediante acuerdos con las comunidades autónomas o con la Asociación de Lucha contra el Cáncer. La mujer será citada por su médico de cabecera para realizar la mamografía y en quince días se le dará el resultado. Si hay sospecha se le repetirá la mamografía en un hospital propio del INSALUD; si se confirma la sospecha será derivada también en quince días al ginecólogo con fecha fija para realizar la biopsia correspondiente. Por tanto, los circuitos están diseñados y será controlados por un coordinador y una unidad de gestión.

En relación con la menopausia añadiría que el plan contempla, sobre todo, introducir mayor información y racionalización en los tratamientos.

Tratamientos hormonal sustitutivo en base a la evidencia científica y bajo los criterios de los expertos y de la agencia de evaluación de las tecnologías sanitarias.

Atención mental a la mujer. No está contemplada en el plan, por el momento. La atención psiquiátrica está otorgada por las unidades de salud mental, tanto en atención primaria como en los hospitales. Aunque no hay acciones específicas los equipos del INSALUD formados por psiquiatras, psicólogos y enfermería, se adaptan cada día a la evolución de la enfermedad y a sus necesidades. De hecho,

uno de los objetivos principales del Ministerio es adaptarse a las necesidades y demandas de la población.

Por tanto, hay una evolución permanente de los profesionales en ir resolviendo todas las patologías que se van presentando. Hay una sensibilización por este tema, pero no se ha considerado necesario tomar medidas especiales.

Muchas gracias, señoras Senadoras, señoras Diputadas, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias a usted, señor Ministro.

Yo comprendo que en esta Comisión, a veces, el compareciente o la compareciente tiene cierto desconcierto con el tema de los tiempos al no cumplirse el Reglamento. Efectivamente, no lo hacemos, y yo pido a los comparecientes siempre disculpas por esta manera tan anómala y, desde luego, no reglamentaria de llevar las cosas.

Pero, señor Ministro, como ha dicho la portavoz del Grupo Popular y como han dicho tal vez todas, como no hemos podido contar nunca con los Ministros uno por uno y en esta ocasión el Grupo Socialista nos da la oportunidad de que puedan venir y el Gobierno nos da la facilidad, como ha sido su caso, de querer venir a compartir su tiempo con nosotros, queremos todos los grupo aprovechar, cuanto más tiempo mejor, su presencia, pero siempre, señor Ministro, lo hacemos de la manera que usted habrá podido comprobar.

Desde la filosofía de cada grupo, cada interviniente dice lo que entiende que debe escuchar usted, pero también habrá comprobado que lo hacemos todos y todas dentro de una absoluta cortesía parlamentaria y, desde luego, con un talante constructivo.

A veces, como es lógico y natural, no estamos de acuerdo y su señoría tendrá que escuchar cosas que no quería. Pero lo que sí está claro, señor Ministro, es que cada portavoz de cada grupo parlamentario, en esta Comisión, dice lo que quiere y cuanto quiere para que su señoría y cada Ministro escuche lo que en este momento el pueblo, los que nosotros representamos, decimos con respecto, hoy, a la sanidad.

Generalmente, señor Ministro, después de que los comparecientes den las explicaciones pertinentes, hay un pequeño turno solamente de puntualización por si alguna portavoz quiere hacer uso de la palabra.

¿Alguna portavoz quiere hacer uso de la palabra para esa puntualización que hacemos siempre en este turno?

La Senadora Navarro tiene la palabra.

La señora **NAVARRO GARZÓN**: Muchas gracias.

Lo primero que quiero aclarar es que no se ha entendido bien cuando yo me refería antes a la comercialización de la RU. De ninguna manera yo quería decir que se venda en farmacias. Ha habido algún desconcierto; de ninguna manera yo quería referirme a eso.

Y quiero hacer una segunda puntualización y es que, viendo como muy positivo, sobre todo por la portavoz del Partido Popular «yo también lo he hecho— el plan integral, como muy bien ha dicho el Ministro, se trata de coordinar actuaciones que estaban en marcha. Quiero re-

saltar lo que ha dicho el Ministro que de lo que se trata es de unificar, de coordinar actuaciones que ya estaban en marcha.

Nosotros también nos alegramos, por supuesto, y por eso pedimos que vengan los Ministros y las Ministras a esta Comisión y para eso solamente hay que solicitarlo desde los grupos de la oposición, y eso es lo que hemos hecho el Grupo Socialista.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Navarro. Señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Pido excusas a la señora Presidenta porque se me ha pasado pedir la palabra.

Cuando me he referido a la atención a las víctimas y verdugos, no me refería a la atención física, que esto los profesionales médicos por supuesto vienen ejerciéndolo, sino a la rehabilitación y asesoramiento de las víctimas y verdugos. Me refiero a la atención psicológica y nada más.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Solsona. Señora Sáinz.

La señora **SÁINZ GARCÍA**: Muy brevemente, simplemente deseo decirle que nos alegra al Grupo Popular haber oído en esta segunda intervención al señor Ministro que se van a dedicar 2.000 millones a la lucha contra el SIDA y que, además, las actuaciones previstas están también en línea con las comunidades autónomas que, como conocemos perfectamente, tienen asumidas muchas de las competencias.

Termino animándole, señor Ministro, a que siga en esa línea de trabajo y de colaboración. Además, como ha quedado de manifiesto con el Instituto de la Mujer, ello habla no solamente de lo que va a ser fundamental para las mujeres sino de una sensibilidad que celebramos hacia esas personas más débiles que, lamentablemente, en ese grupo siguen siendo mayoritarias las mujeres.

Por eso nos parece de gran interés esa apuesta del Gobierno por las políticas sociales que permite que se puedan hacer colaboraciones de este tipo, planes integrales que, aunque no le guste a alguna portavoz escuchar, es la primera vez que se hace, y eso es fundamental, lógicamente, como no podía ser de otra manera, recogiendo aquello positivo que se ha venido haciendo, y nos alegramos de haber escuchado al Ministro de que el plan va a tener una continuidad y una permanencia, e incluso una ampliación.

Muchas gracias, señor Ministro.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Diputada Sáinz.

Señor Ministro, a pesar del tiempo que hemos ocupado de su señoría, le rogaremos otra vez que venga, y usted mismo tiene aquí su Casa, tiene aquí su Comisión y todas cuantas cosas haga por las mujeres de este país siempre serán bien acogidas en esta Comisión.

Muchas gracias, señor Ministro.

El señor Ministro quiere dirigirse a las tres portavoces para terminar.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Muy brevemente, porque creo que he consumido mucho tiempo, reitero mi agradecimiento y la valoración positiva que entiendo que en conjunto resulta de lo que estamos haciendo. Procuraremos no sólo coordinar y hacer mejor lo que se venía haciendo ya sino realizar algunas cosas nuevas y ampliar algunas actividades de acuerdo con los planteamientos que hemos hecho.

Y se va a tener en cuenta también, Diputada Solsona, su preocupación por la rehabilitación en estos casos de estas personas víctimas de abusos y de malos tratos en estos aspectos psicológicos y de protección.

Muchas gracias a todos.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Ministro.

Se suspende la Comisión por cinco minutos.

Se levanta la sesión de comparecencia del señor Ministro.

Eran las trece horas y cincuenta minutos.