

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JOSEP MARIA ESQUERDA SEGUÉS

celebrada el jueves, 21 de octubre de 2010

ORDEN DEL DÍA:

	<u>Páginas</u>
Comparecencia del Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), D. Roberto Sabrido Bermúdez, ante la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, para informar del balance de los sistemas de información en seguridad alimentaria en España y su relación con los de la Unión Europea. (713/000803) Autor: GOBIERNO.	2
Debatir	2
— Moción por la que se insta al Gobierno a que incluya en las bases de los concursos de los programas de viajes para mayores una cláusula que garantice la accesibilidad a las personas con discapacidad a los medios de transporte y los establecimientos hoteleros. (661/000577) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.	22
— Moción por la que se insta al Gobierno a adoptar un acuerdo unánime de apoyo institucional al Día Mundial de la Diabetes, de cara a su próxima celebración el día 14 de noviembre de 2010. (661/000609) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.	25

Páginas

— Moción por la que se insta al Gobierno a impulsar en el seno del Consejo Interterritorial de Salud un acuerdo para que las Comunidades Autónomas se comprometan a implantar en sus respectivos servicios de salud medidas de bioseguridad destinadas a prevenir lesiones e infecciones en los trabajadores sanitarios como consecuencia de pinchazos y cortes accidentales. (661/000635) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO DE SENADORES NACIONALISTAS.	27
— Moción por la que se insta al Gobierno a la regulación normativa de la cirugía estética. (661/000639) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.	2
— Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la prescripción de la denominada píldora del día después. (661/000645) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.	18
— Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (661/000650) Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.	31

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

El señor PRESIDENTE: Se abre la sesión.

Buenos días, señorías.

Primer punto del orden del día: Aprobación del acta de la sesión anterior, celebrada el día 7 de octubre de 2010. Dicha acta ha sido previamente repartida a los miembros de Mesa y Portavoces de la comisión. ¿Puede aprobarse por asentimiento? (*Asentimiento.*) Queda aprobada.

DEBATIR:

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA REGULACIÓN NORMATIVA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA. (661/000639)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.

El señor PRESIDENTE: Hay dos propuestas de cambio en el orden del día que someto a su consideración. En primer lugar, se ha solicitado el aplazamiento de la moción relacionada con la cirugía estética para debatirla en otra sesión, ya que por lo visto se están negociando cosas importantes e interesantes. ¿Hay alguien en contra? (*Denegaciones.*) ¿Están todos a favor? (*Asentimiento.*) Por tanto, queda aprobado este aplazamiento.

En segundo lugar, se ha solicitado por parte del senador Lertxundi que la primera moción que tratemos sea la de la píldora postcoital, y también lo someto a su consideración. ¿Hay alguien que esté en contra? (*Denegaciones.*) Queda aprobado y será la primera moción que veamos.

COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (AESAN), D. ROBERTO SABRIDO BERMÚDEZ, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO, PARA INFORMAR DEL BALANCE DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA EN ESPAÑA Y SU RELACIÓN CON LOS DE LA UNIÓN EUROPEA. (713/000803)

AUTOR: GOBIERNO.

El señor PRESIDENTE: Segundo punto del orden del día: Comparecencia del presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), don Roberto Sabrido Bermúdez, para informar del balance de los sistemas de información en seguridad alimentaria en España y su relación con los de la Unión Europea.

Don Roberto, bienvenido a esta comisión en la que ya le hemos recibido en otras ocasiones, siempre con mucho gusto.

Tiene usted la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (AESAN) (Sabrido Bermúdez) (*El señor compareciente apoya su intervención con diapositivas.*): Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, señoras y señores, es un honor comparecer de nuevo ante esta comisión. Señorías, en esta comparecencia les hemos hecho entrega de la memoria anual de la agencia en CD así como de un documento en *PowerPoint*, dado que vamos a hablar de varios números, para hacerles posiblemente más clara la comparecencia.

En líneas generales quiero presentarles en esta comparecencia los sistemas de información en materia de seguridad alimentaria y concretamente el sistema de red de alerta. Entre los objetivos de la agencia, que me honro en presidir, está el de promover la seguridad alimentaria como aspecto fundamental de la salud pública y ofrecer garantías e información objetiva a los consumidores y agentes económicos del sector agroalimentario español desde el ámbito de actuación de las competencias de la Administración General del Estado y la cooperación con las demás administraciones públicas y sectores implicados, y fundamentalmente con las comunidades autónomas como competentes en el control oficial.

Para la consecución de este objetivo disponemos de una serie de herramientas en materia de seguridad alimentaria que aportan información sobre la situación concreta en un momento determinado de los productos alimenticios comercializados, dentro de las cuales una de las más importantes, como he dicho, son los sistemas de red de alerta.

Estos sistemas de red de alerta se establecen como mecanismos eficaces para la transmisión de información entre las autoridades competentes, de tal forma que permite llevar a cabo la localización y, en su caso, la retirada del mercado de productos alimenticios que puedan suponer un riesgo para la salud de los consumidores.

A nivel nacional, y de acuerdo con las competencias establecidas, se encuentran actualmente implantados dos sistemas de red de alerta para alimentos: el primero, específico de alimentos, que es el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información que figura con el acrónimo SCIRI y, el segundo, para piensos, que es la red de alerta en la alimentación animal, ambos tienen un reflejo comunitario en lo que se conoce como la red de alerta rápida para alimentos y piensos que comprende en uno solo los dos sistemas. Asimismo existe también a nivel internacional un sistema de alerta llamado Infosan.

Con el tiempo, y con la experiencia en su funcionamiento, se ha podido constatar que son sistemas eficaces para la comunicación de riesgos entre autoridades competentes, y permite una retirada selectiva, eficaz y pronta de los productos no aptos para el consumo.

Todos estos sistemas —nacional, comunitario e internacional— basan su funcionamiento en el establecimiento de una estructura en forma de red conformada por una serie de puntos de contactos que reciben y emiten información, que suelen ser las autoridades de control, y que son las responsables en cada autonomía, en el caso de España, y dentro de los Estados de la Comunidad Europea de la seguridad alimentaria. Los flujos de información son muy semejantes en todos los casos variando la difusión de la información en función de que su cobertura sea nacional, comunitaria o internacional.

A la hora de diseñar estos sistemas hay una serie de requisitos que hay que tener en cuenta. Estos requisitos son: disponer de una organización adecuada a nivel central y autonómico, de una red adecuada de laboratorios, de un sistema organizativo que permita la correcta difusión de la

información y del establecimiento de un flujo adecuado de información con los puntos de contacto nacionales establecidos, así como disponer de procedimientos uniformes de trabajo aceptados y respetados por todos los puntos de contacto. Todo ello además siempre bajo los principios de transparencia y también de confidencialidad; conjugar estos dos principios a veces es difícil.

En el marco del desarrollo y cumplimiento de estos principios a nivel nacional —y vamos a hacer referencia a nivel nacional español— se dispone en la actualidad de un sistema de red de alerta denominado sistema coordinado de intercambio rápido de información que, como hemos dicho, está diseñado en forma de red para garantizar que se localicen y se retiren rápidamente los productos no aptos para el consumo. El pilar sobre el que basa su funcionamiento este sistema es el de efectuar ese intercambio rápido —debe ser rápido y eficaz— con las distintas autoridades competentes en el caso nacional, en el caso de España con las comunidades autónomas facilitando de este modo las actuaciones oportunas sobre aquellos productos que no pueden consumirse. Asimismo, tratando de alcanzar el objetivo básico del sistema se detecta e intercambia información de otros riesgos —no son riesgos inmediatos, ahora lo explicaré más detenidamente—, que no tienen una repercusión grave e inmediata en la salud de los consumidores, pero que precisan la adopción de medidas por parte de las autoridades competentes orientadas a proteger siempre la salud, y además nos ayudarán a establecer y a organizar los llamados controles oficiales.

El marco legal en el que funciona este sistema de información es la Ley 11/2001, de 5 de julio, por la que se creó la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, y que establece en su artículo 2.2 como una de las funciones de la citada agencia la coordinación de los sistemas de red de alerta en el ámbito de la seguridad alimentaria en España y su coordinación con los sistemas comunitarios e internacionales.

Posteriormente, esta ley se desarrolló mediante el Real Decreto 709/2002, de 19 de julio, que atribuía específicamente a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición la coordinación en su artículo 30 de este sistema de alerta a nivel español. Este sistema además tiene una relación a nivel comunitario, que es el sistema de alerta rápida a nivel comunitario, que integra los dos sistemas españoles: piensos y alimentos. El sistema comunitario conocido con el acrónimo RASFF, *Rapid Alert System for Food and Feed*, para alimentos y piensos está diseñado en forma de red y permite que la Comisión Europea y las autoridades de control de alimentos y piensos en los Estados miembros y las organizaciones intercambiamos información también de forma rápida y eficaz para detectar y eliminar, en su caso, riesgos para la salud de los consumidores. De este modo, cada país puede actuar con rapidez y coordinarse con el objetivo de anticiparse a los riesgos.

La principal diferencia entre el sistema comunitario y el nacional es que el primero, el comunitario, integra en su gestión las incidencias con repercusión en la salud tanto

de alimentos como de piensos, mientras que el nacional se gestiona mediante dos redes diferentes. El sistema de información de alimentos es coordinado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, mientras que en el caso de los piensos se coordina a través del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. También en los últimos años el desarrollo creciente del comercio internacional y de los viajes ha obligado a dar respuestas globales a posibles situaciones de emergencia sanitaria en las cuales los alimentos aparecen como principales implicados. Por eso a nivel internacional se ha desarrollado la red llamada Infosan, red que se ve complementada en su actuación con la red Infosan *Emergency* que permite a las autoridades de los países integrados —España está integrada— tener conocimiento de posibles brotes internacionales de enfermedades de transmisión alimentaria de emergencia.

Entrando concretamente en el SCIRI, las fuentes de la información gestionadas a nivel nacional son las que se notifican dentro del Estado español por las autoridades competentes de las comunidades autónomas, que son las responsables del control oficial, así como también las que se reciben del sistema comunitario y las que proceden de Infosan. Por lo tanto, son tres mecanismos de alimentación a esta red: las comunidades autónomas, a nivel comunitario y a nivel internacional.

Tal como he indicado y repetido reiteradamente, el sistema en forma de red está estructurado de esta manera y están incluidos una serie de puntos de contacto. Los más importantes son las autoridades competentes en materia de seguridad alimentaria de las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, pero también incluye el Ministerio de Defensa, la Comisión Europea, Infosan, la Subdirección General de Sanidad Exterior como responsable del control en frontera de productos originarios de terceros países y organizaciones colaboradoras de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, como suelen ser normalmente la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas, así como los sectores de distribución. Además en función de las características de la información o del tipo de riesgo del alimento implicado si es necesario contar con nuevos destinatarios para ser más eficaces los incluimos, y entre estos puedo destacar: el Centro Nacional de Epidemiología, el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, los consejos de colegios profesionales de médicos, veterinarios y farmacéuticos, el Consejo de Consumidores y Usuarios, el Instituto Nacional de Consumo, y cualquier otra asociación que entendamos que se pueda necesitar en un momento determinado para resolver situaciones puntuales, por ejemplo, últimamente tenemos colaboraciones y estamos introduciendo como punto en muchos temas a la Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y al Látex.

Las notificaciones que se dan dentro de este sistema se estructuran en cuatro niveles: alerta, información, rechazo y un apartado de varios. Las alertas son aquellas que requieren una actuación inmediata de las autoridades competentes por haberse detectado un riesgo grave en los pro-

ductos originarios o procedentes de un establecimiento nacional, o bien se tiene constancia de la distribución de un producto aunque provenga de otro país.

Las informaciones son aquellas notificaciones en la cual el producto no es originario ni ha sido distribuido en España, por lo que no supone riesgo inmediato a nivel nacional, aunque puede suponerlo en otro Estado miembro de la Unión Europea. Estas notificaciones por sus características no implican a priori una actuación inmediata de las autoridades competentes, pero se precisan y son buenas como fuente de información complementaria a la hora de planificar actuaciones futuras en seguridad alimentaria por si pudiese tener después una distribución a nivel nacional del producto afectado.

Como rechazos se gestionan aquellas comunicaciones resultantes de los controles efectuados en el momento de la entrada de las mercancías de países terceros a territorio comunitario. Esto permite impermeabilizar en cierta medida el territorio comunitario frente a mercancías en las que se han detectado problemas que pueden poner en peligro la salud de los consumidores, a la vez que nos proporciona una información necesaria para la localización de mercancías susceptibles de encontrarse sometidas a las mismas situaciones y que pueden haber sido puestas en el mercado.

En concreto, ahora la estructura del sistema de alerta rápida de alimentos y piensos comunitarios se puede definir como lo que es: una herramienta de intercambio de información para las autoridades competentes de los Estados miembros sobre los riesgos detectados en piensos y alimentos, así como sobre las medidas que se van adoptando en cada caso.

La base legal en la que se fundamenta el sistema es el Reglamento 178/2002. Este sistema es gestionado por la Comisión Europea, concretamente a través de la Dirección General de Salud y Consumidores, la llamada DGSANCO, dentro de la Consejería de Salud y Consumidores, y en él participan los puntos de contacto de los Estados miembros, cuyo número desde el momento de la creación ha ido aumentando, pasando inicialmente de diez hasta los veintisiete que actualmente forman parte del RASFF en cuanto a Estados miembros, junto con la Comisión Europea, por supuesto, y la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, así como Islandia, Liechtenstein y Noruega, que también son miembros de pleno derecho en este sistema de alerta. También pueden participar, y participan en función de determinadas circunstancias, aquellos países que hayan solicitado la adhesión a la Unión Europea, terceros países u otras organizaciones internacionales en virtud de acuerdos que tengan celebrados con la Unión Europea.

Al objeto de facilitar la gestión a los puntos de contacto del sistema, la información contenida en las notificaciones es clasificada en tres niveles a nivel europeo, en vez de cuatro como el español. Las notificaciones de control del mercado, que incluyen lo que en España llamamos las alertas y las informaciones, los rechazos en frontera y las noticias.

Las notificaciones de control en el mercado corresponden a notificaciones en las que se ha detectado un peligro

y que se puede dividir en peligro inmediato —alerta—, y peligro no inmediato —información—.

En cuanto a los rechazos efectuados en frontera, se encuadran aquellas notificaciones que corresponden a la detección de peligros en productos que vienen de terceros países, exactamente igual que los rechazos a nivel nacional.

También existe un apartado, que es el de noticias, que comprende cualquier tipo de información que relacionada con la seguridad alimentaria o de los piensos pueda tener interés para algún Estado miembro.

Como les he dicho, a nivel internacional y dada la rápida globalización que en el marco de la producción y del comercio de alimentos se ha puesto en marcha, actualmente es el sistema más nuevo y está todavía en fase de desarrollo, el sistema Infosan, que nos permite saber la distribución a nivel internacional y no solamente a nivel europeo; el punto de contacto de Infosan en España, así como de Infosan *Emergency*, anteriormente descrito, es la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

A efectos de darles una visión global sobre la situación actual del funcionamiento de los sistemas de red de alerta nacional y comunitario, les voy a exponer unos datos, que también tienen en la documentación que les hemos entregado, correspondientes a los informes anuales del año 2009 emitidos por la red europea y realizado por el sistema nacional, así como también les daré una visión de la evolución más reciente, desde que están funcionando a pleno rendimiento, desde el año 2002, hasta la fecha.

Empezamos por el sistema europeo en relación con su informe del año 2009. En el sistema europeo, en el RASFF, en el año 2009, se han difundido un total de 3322 notificaciones de control, de las cuales 578 son alertas —las de peligro más inmediato—, 1218 informaciones —peligro más remoto—, 1484 rechazos en frontera y 42 que han sido clasificadas como noticia.

La mayoría de las notificaciones efectuadas en este sistema fueron consecuencia de los controles que se realizan en las fronteras, que fueron de un 45%, las detecciones realizadas en el marco de las inspecciones rutinarias y habituales que se realizan en los mercados nacionales —en España por las comunidades autónomas—, que fueron de un 37%, y un 18% corresponde a autocontroles realizados por la industria, controles en Estados no miembros de la Unión Europea o bien referente a quejas que transmiten los consumidores a las autoridades competentes.

Si realizamos un estudio en función de los países notificantes, los que han notificado al sistema europeo, haciendo la salvedad de que los países que notifican no tienen por qué coincidir con el origen del producto sino que es el que ha detectado en el mercado ese producto, pero que puede ser de otro país no originario al suyo, nos encontramos con que los países que más notifican son Alemania, Italia, Reino Unido y Francia. Estos eran de alertas. Respecto a las notificaciones de información suelen coincidir con los mismos países, pero en cuanto a los que comunican rechazos, es decir, riesgos que hemos detectado en frontera son España, Italia, Países Bajos y Alemania los que mayor número de notificaciones efectúan, y aquí

España destaca sobre el resto de los países europeos; síntoma inequívoco de una actividad importante a nivel de las fronteras en España, haciendo la salvedad, como ustedes saben, de que un producto que ha entrado por una frontera comunitaria ya es de libre distribución en todo el mercado europeo.

Si nos centramos, como he dicho, en la participación de España en el marco del sistema de alerta comunitario, España ha efectuado 257 notificaciones en este sistema comunitario; 17 han sido de alertas y 220 han sido rechazos —lo decía anteriormente—, es decir, el 85,6% de las notificaciones que ha hecho España a este sistema europeo corresponden a rechazos en frontera. Si realizamos una clasificación en función de los países de origen de los productos que tienen notificación, el 63% de las notificaciones gestionadas corresponden a productos de terceros países fuera de la Unión Europea, el 28% son de origen comunitario y el 9% son de países candidatos a formar parte de la Unión Europea. Esto, sin duda alguna, muestra la tendencia importadora de la Unión Europea y además también el elevado número de controles en frontera que se realizan a nivel comunitario en cada Estado miembro.

Si realizamos un análisis de tendencia en cuanto a qué regiones mundiales de origen de los productos implicados en estas redes de alerta con información o con rechazo, a pesar de la tendencia creciente que hay en todas las regiones mundiales, sin duda alguna las notificaciones más numerosas son las de países de origen asiático.

Si se realiza una clasificación en función de qué productos están implicados en cada uno de los niveles notificados, el 98% corresponde a alimentos —este sistema, como les he dicho, integraba los dos: alimentos y piensos— y solo un 2% correspondió a piensos.

En cuanto a las categorías de alimentos implicados en alerta —riesgo inmediato— fueron los pescados y los mariscos con un 23% los más numerosos, seguidos de carne y derivados, así como de cereales y derivados. También es importante reseñar que un 9% corresponde a materiales en contacto con alimentos, que aunque parezca que tiene un porcentaje pequeño, al que después haré referencia, va en aumento.

Respecto a las notificaciones de información, es decir, no hay un riesgo inmediato pero puede haberlo, el 90% correspondió a alimentos y solo un 10% a piensos, y dentro de los alimentos también nos encontramos con que los principales productos notificados fueron de origen animal, y fueron los pescados, moluscos y derivados.

En cuanto a los rechazos en frontera, los piensos solo supusieron un 5% de las notificaciones efectuadas, mientras que en los productos alimenticios es muy destacable que el 35% de las notificaciones se debieran a frutos secos y derivados, seguidos por pescados y crustáceos, es decir, de alimentación. Como podrán ver ustedes hay una actuación preferente y mayores problemas en los frutos secos y derivados.

Si se efectúa una valoración de los peligros que se han detectado —peligro biológico o químico—, los principal-

mente notificados en las alertas son los microorganismos potencialmente patógenos con un 20%, seguido de alérgenos en un 14%, y esto es un tema importante, metales pesados en un 11%, micotoxinas en un 10% y defectos de composición en un 7%. La presencia de contaminantes de tipo industrial y migraciones de materiales en contacto de alimentos es de un 6%.

En el caso de las informaciones —no riesgo inmediato—, igualmente fueron los microorganismos potencialmente patógenos, representando el 21% de los riesgos detectados, los más numerosos, seguidos de la detección de organismos modificados genéticamente —no autorizados en Europa— y de nuevos alimentos, los llamados *novel food*, tampoco autorizados en Europa, con un 11%, metales pesados y residuos de pesticidas en un 9%, así como aditivos alimentarios no autorizados o por encima de los límites legalmente establecidos en un 7%.

En los rechazos en frontera, como han podido ver ustedes, el tipo de producto era fundamentalmente los frutos secos. En cuanto al peligro de estos frutos secos lo que más se detecta —fundamentalmente en los frutos secos, y en general, pero tiene mucho que ver con los frutos secos—, y que es muy destacable dentro de los peligros, es la presencia de micotoxinas. Las micotoxinas como mecanismo producido por especies de mohos que se desarrollan a altas temperaturas y a altos niveles de humedad se dan en productos de origen vegetal y, por lo tanto, viene con menos rechazo en frontera, sobre todo microorganismos potencialmente patógenos que se producen principalmente en la carne. Los mayores problemas en frontera en la importación están en los productos vegetales y frutos secos y son producidos por las micotoxinas.

A continuación, les expondré de una manera más detallada lo que nos afecta más directamente a la gestión que se ha hecho a nivel nacional sobre los datos del sistema propio o sistema SCIRI. Durante 2009 se han gestionado a través de este sistema 3130 notificaciones, de las cuales 186 han sido alertas que representan un 6%, 1484 han sido informaciones que representan un 47%, 1413 han sido rechazos en frontera que representan un 45%, y hay otro apartado, como varios, que representan un 1,5%. Primero vamos a hablar de los hechos más preocupantes, que son las 186 alertas. La evolución en cuanto al número de este tipo de notificaciones en los últimos cinco años, como veremos también más adelante, creemos que ha tenido un carácter decreciente asociado a la mejora de los controles oficiales realizados en los diferentes ámbitos alimentarios; hecho que se debe sobre todo al buen trabajo que realizan en este campo las comunidades autónomas. Si realizamos una primera clasificación de las alertas en España respecto al país de origen, podemos observar que el 72% son de productos notificados por otro Estado miembro y el 27% son de origen de terceros países. De las 186 alertas, 90 corresponden a productos originarios de España, mientras que 43 a productos procedentes de otros Estados miembros de la Unión Europea y distribuidos a nivel nacional, los que más nos han comunicado, destacan: Italia, Francia, Alemania y Reino Unido, que conjuntamente con España,

como viene apareciendo en toda la información que les vengo dando, son de los cinco países más notificadores de la Unión Europea.

En cuanto a la implicación de países terceros como originarios también de productos implicados, destacan los productos originarios de China, Canadá y Estados Unidos. A nivel nacional, las comunidades autónomas que más notificaciones comunican a este sistema nacional son fundamentalmente la Comunidad de Madrid con catorce, seguida de Valencia con cinco, Andalucía con tres, Canarias con tres, Castilla-La Mancha con tres y el resto de comunidades están en cifras de dos y de uno. En cuanto a los productos implicados en estas 186 alertas, los principales productos, el 49%, son de origen animal y el 43%, es decir, 80 notificaciones son de origen vegetal, otras se encuadran en un grupo mixto como materiales de contacto con alimentos. Dentro de los productos de origen animal que representan un 49% —los más numerosos—, casi la mitad de las alertas que representan un 55% se debe a pescados y derivados. Cuando hablamos de productos de origen animal —no pensemos en la carne sino fundamentalmente en pescados y mariscos—, que representan un 55% y la carne y derivados un 20%. Cuando hablamos de productos de origen vegetal, que representa el 43% de las notificaciones, la más destacables con dieciocho notificaciones son proporcionalmente las que se encuadran en el grupo de cereales, harinas y derivados con un 22%, le sigue el grupo de los frutos secos con quince notificaciones que representa un 19%, las que se han clasificado como otros, son aquellos productos objeto de notificación a través del sistema que no corresponden ni a animal ni a vegetal, en este grupo se clasifican un total de trece notificaciones, de las cuales seis corresponden a materiales en contacto con los alimentos, como ustedes podrán observar recurrentemente viene apareciendo este tema, y un 2% corresponde a la detección de peróxido de hidrógeno en aditivos para productos de pesca, que tiene que ver más con fraude al consumidor que con seguridad alimentaria, fundamentalmente para blanquear cierto tipo de pescados y de moluscos, por lo tanto, de origen animal y dentro de ellos fundamentalmente pescados y mariscos.

En cuanto a los motivos de las notificaciones, por qué se ha notificado, el 51% corresponden a motivos químicos —peligro químico—, el 20% corresponde a motivos biológicos —peligro biológico—, es decir, 38 notificaciones. Por lo tanto, hay una diferencia significativa: motivos químicos representan un 51%, motivos biológicos representan un 20%, motivos físicos representan un 5% y otros, que no se engloban en ninguna categoría anterior, representan un 24%. A la vista de estos datos se comprueba —luego lo ampliaré— que al igual que en años anteriores la detección de peligros químicos sigue siendo bastante superior a los peligros biológicos o físicos. Esta situación, entre otras explicaciones, puede ser debida a que en los peligros biológicos existe más fácilmente la posibilidad de realizar actuaciones preventivas y correctivas en cualquier momento de la cadena alimentaria, mientras que en el caso de los químicos al encontrarse en el medio ambiente de

forma natural o por contaminación y en muchos casos ser contaminantes las medidas preventivas y correctivas a lo largo de la cadena alimentaria son de mayor dificultad en su aplicación. Les muestro un ejemplo. Es mucho más sencillo, qué duda cabe, controlar la prevalencia de salmonela en aves que controlar los niveles de mercurio en pescados tipo el pez espada o el tiburón que es donde se da fundamentalmente. Si realizamos un análisis comparativo entre los productos y los peligros, observamos que en los productos de origen animal al igual que en los de origen vegetal los peligros de tipo químico son los más numerosos, es cierto que lo son más los de origen vegetal.

Siguiendo, señorías, con los peligros, se han gestionado dentro de los peligros de tipo químico, 59 corresponden a la detección de contaminantes, dentro de los cuales el 32% son metales pesados, el 16% son el resultado de la migración de materiales en contacto con alimentos, el 10% son toxinas fúngicas y el otro 6% son aditivos no autorizados o que están por encima de los niveles establecidos. En relación con el total de las incidencias relacionadas con motivos biológicos, que son 38, destaca la presencia de salmonela con un 38%, seguida de la presencia de *Escherichia coli* con un 13%, *Anisakis* son tres casos, así como *Listeria monocytogenes*. Asimismo, se han gestionado cuatro notificaciones relacionadas con biotoxinas marinas que representan un 11%. También a lo largo del año 2009 se han gestionado un total de diez comunicaciones en las cuales el motivo de la notificación ha sido físico, en ocho de los casos como consecuencia de la presencia de cuerpos extraños dentro del alimento y en otros dos como consecuencia de alteraciones organolépticas. Dentro del grupo de otros peligros cabe destacar la existencia también de defectos de etiquetado con posibles efectos sobre la población alérgica y la detección de la presencia de organismos modificados genéticamente, los llamados vulgarmente transgénicos no autorizados en la Unión Europea. Hay transgénicos que están autorizados en la Unión Europea y otros no. En este caso es por la detección de organismos modificados genéticamente no autorizados en la Unión Europea.

En relación con las informaciones de peligros remotos de no distribución nacional —ya dejamos los peligros inmediatos de distribución nacional—, que son peligros que puede ocurrir en el futuro si no se toman medidas, se han difundido a través del sistema nacional un total de 1484 notificaciones de información correspondientes a productos alimenticios. La evolución del sistema en los últimos años ha venido manteniendo, lo tienen ustedes en las transparencias, un incremento paulatino en el número de notificaciones, es decir, hay una tendencia decreciente en el número de aletas, en cambio existe una tendencia creciente en el número de notificaciones. Esto tiene una explicación y es que España tiene un mercado bien protegido y claro síntoma de ello es por una mayor vigilancia que se realiza por parte de las autoridades de inspección de las comunidades autónomas.

Respecto a los países de origen de los productos implicados en las notificaciones, se mantiene la misma tenden-

cia que en el año anterior, en la que en un 52% de los casos el producto fue originario de terceros países y en un 46% de los casos fue de origen comunitario; tendencia que se suele ir manteniendo: mayores problemas en los productos de terceros países que en los productos de origen comunitario. Si se realiza un estudio sobre qué terceros países originarios de los productos son los más implicados en estas informaciones, la mayor parte son de China, Turquía, Tailandia, India y Canadá, y respecto a los países comunitarios originarios de los productos son principalmente Alemania, Francia, Polonia, Italia, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica y Dinamarca, por este orden.

A la vista de los datos se concluye que, como en años anteriores, ha sido Italia, que se repite, Alemania y Reino Unido los países comunitarios más activos a la hora de efectuar notificaciones gestionadas como información en el marco del sistema de información, y en los cuales España no se encontraba afectaba ni como origen ni como destinatario de los productos. Respecto a los productos que se notifican como información, 762 corresponden a productos de origen vegetal que representa el 52%; 583 a productos de origen animal que representa el 39%, y 109 corresponden a materiales de contacto que van tomando, como ven ustedes, continuamente protagonismo, aunque solamente represente un 7%. En este caso, hay una diferencia en cuanto a las notificaciones de alerta, ya que los productos alimenticios más notificados, en este caso, son los de origen vegetal en cuanto a la información, mientras que en las notificaciones de alerta eran fundamentalmente de origen animal, principalmente pescados y mariscos. Hay una explicación a esto que les explicaré al final, y entre otras está que la carne ha estado tradicionalmente más controlada. Nos hemos centrado en la higiene alimentaria en los productos cárnicos y hay una legislación más desarrollada que en los vegetales donde son riesgos más emergentes. Dentro de los productos de origen animal se repiten los pescados y los mariscos que son los más afectados, y dentro de los productos de origen vegetal se repiten los cereales, harinas y derivados.

En cuanto a los motivos que han originado las notificaciones de información, qué tipo de peligros, también vuelven a salir las informaciones donde el hilo conductor es siempre el mismo, un 49% de los casos corresponde a peligros de tipo químico, y entre los que cabe destacar la detección de metales pesados, las migraciones de materiales en contacto, toxinas fúngicas y aditivos por encima de los límites legalmente establecidos o no autorizados. Respecto a los peligros biológicos, estos suponen un 26% frente a un 8% que corresponde a peligros físicos y un 17% que corresponde a otros peligros.

En cuanto a los rechazos en frontera, productos que no han podido entrar en el mercado comunitario a través de España porque se ha detectado alguna anomalía, han sido 1413 rechazos correspondiendo 1351 a rechazos puramente de alimentos y, lo diferencio, 62 a materiales en contacto con alimentos porque —insisto— se repite y este tema va en aumento. En cuanto a los terceros países implicados en los rechazos, es decir, lo que más hemos

rechazado en las fronteras son productos procedentes de Turquía, China y Estados Unidos. Nos han comunicado también rechazos por otros mecanismos, fronteras o sistemas. ¿Quiénes comunican más rechazos a la Unión Europea? España e Italia. Respecto a los productos alimenticios que han sido objeto de rechazo, del total de las 1413 notificaciones la mayor parte correspondió a productos de origen vegetal, es decir, lo que más se importa no son productos de origen animal sino que, se repiten también, son productos de origen vegetal con un 65%, seguido de los de origen animal con un 30%. La distribución en cuanto al tipo de alimentos de origen animal rechazados vuelve a corresponder siempre a los pescados y derivados, seguidos, muy de lejos, por la carne y derivados. Respecto a los alimentos de origen vegetal objeto de rechazo, ocurre en España lo mismo que ocurría a nivel de toda la Unión Europea cuando lo hemos dicho a nivel global, en un 61% de los casos los productos implicados son frutos secos, seguidos de frutas y derivados. También se realizaron 62 notificaciones relacionadas con material destinado al contacto con alimentos, en los cuales el principal riesgo detectado ha sido que este material puede emigrar e integrarse con los diferentes componentes del mismo alimento.

Los motivos por los cuales se ha rechazado, se repite continuamente, han sido mayoritariamente de tipo químico, y como la mayoría son de frutos secos. El motivo de tipo químico que se repite aquí coincide con el mismo que a nivel de los rechazos en toda la Unión Europea, debido fundamentalmente a las micotoxinas en un 62%. Asimismo, se han efectuado también un total de 151 notificaciones asociadas a peligros de tipo biológico, de las cuales el 55% corresponden a bacterias, el 8% a parásitos y el 12% a histamina. Durante el año 2009 se han efectuado un total de 252 rechazos debidos a peligros físicos, y entre ellos destacan fundamentalmente los defectos de higiene, las alteraciones organolépticas o la presencia de cuerpos extraños.

Asimismo, se han clasificado como otros peligros aquellos que han sido imposible de incluir en ninguna de estas categorías. El número total de notificaciones efectuadas por este tipo de riesgo ha sido de 113, en las que destacan fundamentalmente los problemas de tipo documental, etiquetado, presencia de organismos modificados genéticamente no autorizados o de algún nuevo alimento no autorizado. En el año 2009, se han detectado varios peligros de forma conjunta en catorce de las notificaciones de rechazo producidas, donde influyen los cuatro tipos de riesgo: químico, físico, biológico y otros defectos de tipo documental o etiquetado.

Como información añadida les diré que en lo que respecta a los piensos, aunque no es competencia directa de la agencia sino que lo lleva el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, en los últimos cuatro años se ha producido una línea decreciente en cuanto al número de notificaciones de alertas por piensos pasando de 61, en el año 2006, a 11, en el año 2009, mientras que se ha producido un aumento considerable de las notificaciones, al igual que ocurre también en alimentos como

consecuencia de una mayor vigilancia. Al igual que en el caso de los alimentos el mayor número de notificaciones corresponden a la detección de metales pesados que fundamentalmente se debe a los piensos de pescado.

Voy a tratar de hacerles un breve resumen de la evolución que ha seguido este sistema de información a lo largo de estos últimos ocho años, desde el año 2002 hasta el año 2009. Nos encontramos con una tendencia creciente desde el año 2002, en el que se efectuaron un total de 1461 notificaciones correspondientes a alertas, informaciones y rechazos, hasta el 2009 en el que se podía señalar que casi se triplica el número de expedientes transferidos en el marco de este sistema; se ha pasado de 1461, en el 2002, a 3083, en el 2009, pero es cierto que la mayoría, como he dicho al principio, no se deben a alertas sino a informaciones. Este elevado incremento podría explicarse debido al mejor funcionamiento de manera coordinada en el RASFF, al mayor número de países que forman la Unión Europea —aunque antes muchos de ellos también ya notificaban como países invitados en procesos de adhesión, y creo que fundamentalmente así nos lo marcan los planes de control—, y a la labor de control oficial e inspectora de las comunidades autónomas.

Si realizamos un estudio más detallado de la evolución de las notificaciones según el tipo de las mismas observamos que en el caso de las notificaciones de alerta la tendencia decreciente se mantiene más o menos estable, salvo en el 2007 que es achacable al incremento en el número de notificaciones que se pusieron ese año, relativas a peligros químicos, y más concretamente a la detección de metilmercurio en pescados, oscilando entre un mínimo de 126 notificaciones y un máximo de 293 notificaciones. Lo que demuestra que los sistemas de control oficial tienen un funcionamiento más que adecuado. Las notificaciones de información son las que más han aumentado pasando de 507, en 2002, a 1484, en 2009. Han experimentado un incremento muy importante. Esta misma situación se produce en los rechazos pasando de 828, en 2002, a 1413, en 2009. Esto es importante reseñarlo: crece el número de notificaciones aunque decrece el número de alertas que son las más peligrosas.

Una vez aportada esta visión global de la gestión del SCIRI a nivel nacional, centraré la exposición de los datos en las notificaciones de alerta en las que se requiere la actuación inmediata de las autoridades. ¿Qué ha pasado concretamente con las alertas que son las que pueden tener un peligro más inmediato? Como he dicho, salvo en el 2007 que hubo un pico —lo vuelvo a repetir, debido a la mejora de la función inspectora, a las mejoras técnicas analíticas, y a tener más técnicas analíticas acreditadas por la aplicación de los diferentes planes de control— ha habido claramente una tendencia ligeramente decreciente.

En cuanto al análisis de las notificaciones de alerta gestionadas en el marco del sistema entre 2002 y 2009, se comprueba que con respecto a los países de origen, salvo en el año 2002, el porcentaje de productos de origen de terceros países es con carácter general bastante superior al de productos de origen comunitario. Estos datos ponen de

manifiesto el elevado volumen de importaciones de productos alimenticios realizados por parte de la Unión Europea y también la presión inspectora a la que son sometidos estos productos cuando entran en el mercado comunitario. Si hacemos un estudio más detallado sobre la evolución en cuanto a la participación de España como país originario de los productos implicados en las notificaciones de alerta, observamos que el porcentaje se mantiene también en una tendencia variable —más o menos se mantiene— que oscila entre mínimos del 38% y máximos del 64%, según los años y en función de los planes de control oficial en ese año. Si nos centramos en la evolución que han tenido las notificaciones de alerta, en las cuales se ha visto implicada España, y en base a los productos involucrados, nos encontramos, lo que se ha puesto de manifiesto, que el mayor número de notificaciones son productos de origen animal, fundamentalmente pescados y derivados, seguidos de la carne y derivados, leche y derivados y el menor número corresponde a las notificaciones en las cuales los huevos y los productos derivados se han visto involucrados. Con respecto a los productos de origen vegetal, nos encontramos con una situación similar a la que se ha descrito para los de productos de origen animal. Observando la evolución de las notificaciones de este tipo de productos vemos que los grupos principalmente notificados son las hortalizas y derivados, las frutas y derivados, los condimentos, las especias, los cereales y sus derivados.

Señorías, por último y para ir finalizando, les expondré algunas conclusiones que podemos sacar de estos datos. Cabe señalar que con la incorporación de un mayor número de Estados miembros a la Unión Europea se ha producido, qué duda cabe, un aumento en el número de notificaciones tramitadas a través del Sistema de Red de Alerta Comunitario y, por ende, en el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información a nivel nacional ya que se encuentran estrechamente relacionados. Si observamos la tendencia de las notificaciones en el tiempo, comprobamos que se produce un incremento del número de notificaciones de información, mientras que las notificaciones de alerta se mantienen en niveles más o menos constantes con desviaciones puntuales. Esto es significativo del buen sistema de control oficial.

Respecto a los productos objeto de notificación, en el caso de las notificaciones de información predominan los productos de origen vegetal sobre los de origen animal, mientras que en el caso de las alertas es justamente al contrario, nos preocupan más los productos de origen animal, fundamentalmente pescados y mariscos, que los de origen vegetal. Esto puede ser debido a varias causas, entre las cuales podríamos señalar que los productos de origen animal vienen siendo objeto de un desarrollo legislativo más específico y de mayor nivel, de tradición, de inspecciones y seguimientos ya que cuenta con mayor experiencia que los vegetales, cuya legislación ha comenzado a desarrollarse posteriormente y donde se está produciendo la aparición de un mayor número de riesgos emergentes.

Respecto a los peligros principalmente notificados en el marco del sistema en estos últimos ocho años, se observa

que son los peligros químicos y, más concretamente, la detección de metales pesados en productos pesqueros. La causa puede ser debida al aumento de la contaminación del medio acuático, pero también a los movimientos geofísicos que se producen en el medio marino, y también a la dificultad de control por la extracción del pescado. Hay que tener cuidado y estamos trabajando en toda la Unión Europea buscando nuevas medidas, porque el metilmercurio que se encuentra en los pescados es la forma orgánica más tóxica del mercurio y puede llegar a ser hasta un 90% del mercurio total presente en el pescado. Además, los grandes depredadores como el pez espada, el tiburón o el atún pueden acumular estos elevados niveles de mercurio a lo largo de toda su vida; el mercurio se deposita y ya nunca más se elimina. De ahí una de las dificultades de actuación. Esta es una de las líneas de actuación futura. En el caso de las conservas se está actuando mejor porque se hace una mezcla de diferentes tipos de pescado, evidentemente unos con un nivel de metilmercurio y otros con otro, lo cual hace que al consumo le llegue por debajo de los niveles que están establecidos en la Unión Europea, pero el mayor problema se encuentra en las piezas enteras de pescado para su consumo.

Los peligros de origen biológico siguen siendo el segundo motivo de notificación, dentro de los que cabe destacar la detección de bacterias y dentro de estas la salmonela, seguida de parásitos y de biotoxinas marinas. El control de los peligros de carácter microbiológico mediante la aplicación de programas nacionales ha ido permitiendo la disminución de la prevalencia de estos agentes. Asimismo, se observa cómo a lo largo del tiempo, y a pesar de que existen peligros que se repiten de forma constante, las tendencias en el control oficial de los diferentes Estados miembros e incluso de las comunidades autónomas quedan reflejadas en este tipo de notificaciones.

Por otra parte, y en relación con los materiales en contacto con los alimentos, hecho también importante, cabe señalar que a lo largo de estos últimos años se ha producido un notable aumento en el número de notificaciones realizadas como consecuencia de la detección de migración de elementos de este tipo de materiales, llegando incluso a tener entidad propia en el marco de la Red de Alerta Comunitaria donde se ha creado una categoría específica para estos productos, siendo importante el incremento en 2008 y 2009. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, a tintas de los cartones que pueden pasar al alimento, a productos químicos del plástico en el que está envuelto el alimento que se pueden transferir al mismo. ¿De dónde proceden la mayoría de estos problemas? Casi todo lo tenemos en el subconsciente, son países asiáticos y estos productos vienen fundamentalmente de China y de Hong Kong. La preocupación por los peligros derivados de este tipo de productos ha hecho que la Comunidad Europea haya desarrollado una legislación específica para los materiales en contacto con alimentos e incluso en estos momentos estamos debatiendo hacer una legislación —a nivel comunitario se ha hecho una legislación específica— también específica mediante reglamentos o decisiones, ya

lo dirán los servicios jurídicos de la comisión, para regular la importación de estos alimentos a la Unión Europea, es decir, cómo tienen que venir incluso antes de llegar para hacer el acuerdo con los países de origen.

Por otro lado, el número de notificaciones de alerta consecuencia de la detección de alérgenos no declarados en el etiquetado de productos alimenticios es importante en el año 2009. Aproximadamente, en España, entre un 2% y un 4% de los adultos y un 6% de los niños y niñas sufren algún tipo de alergia alimentaria, y además, según nos dicen todas las sociedades científicas especializadas en el tema, es una tendencia al alza. De ahí la importancia que va adquiriendo la detección de alérgenos. No obstante, a pesar de la existencia de una normativa comunitaria que recoge la obligatoriedad de indicar en el etiquetado de los productos alimenticios los ingredientes que pertenecen a alguno de los doce grupos que se han identificado de compuestos alergénicos y sus derivados, los consumidores que padecen alergias alimentarias a veces pueden verse expuestos a lo que llamamos los alérgenos ocultos, que, entre otras causas, son el resultado de contaminaciones cruzadas que se pueden producir en la industria si tiene líneas de producción diferentes, por una limpieza insuficiente en la cadena de producción o también por fraudes o generalmente por la sustitución de un ingrediente no alérgico por otro más barato y con propiedades alergénicas que, por supuesto, no aparece declarado en la etiqueta. En este contexto también es importante señalar que la obligatoriedad de la implantación de sistemas de análisis de peligros y puntos de control crítico y de trazabilidad en las industrias alimentarias está contribuyendo en el mercado comunitario, no en mercado que viene de fuera, a disminuir este tipo de alérgenos.

Otro aspecto que he ido destacando y haciendo énfasis a lo largo de mi intervención como otro de los riesgos emergentes que nos estamos encontrando es la detección de micotoxinas, que son metabolitos producidos de forma natural por algunos tipos de mohos cuando el alimento se encuentra en condiciones de elevada temperatura y humedad y, por lo tanto, pueden estar presentes en numerosos alimentos. Las micotoxinas incluyen varios tipos de toxina con diferentes tipos de toxicidad. El crecimiento de mohos productores de este tipo de toxinas ocurre con carácter general durante el crecimiento de los cultivos o en la recolección y, si bien estos mohos son considerados patógenos a las plantas, sus metabolitos son causantes de enfermedades tanto animales como humanas. En las micotoxinas se detectan aflatoxinas y ocratoxina tipo A que son considerados a nivel de la legislación comunitaria como productos cancerígenos. Al igual que en años anteriores, y a pesar de la existencia de decisiones específicas para el control de este contaminante, ha sido destacable especialmente en el caso de los rechazos el elevado número de notificaciones efectuadas por la detección de micotoxinas. ¿A qué está ligado? Está ligado a la manera de producción y también a las condiciones de almacenamiento y transporte que han tenido estos productos desde los terceros países.

Nada más, señorías. Espero haberles dado una información útil, aunque haya podido ser un poco farragosa, de las actuaciones que realizamos en el sistema de alerta de alimentos y de la gran importancia que este sistema tiene para la salud de todos y todas.

Muchas gracias por su atención.

El señor PRESIDENTE: Señor Sabrido, muchas gracias, por su intervención.

A continuación, puesto que nadie había solicitado esta comparecencia ya que es a solicitud del propio Gobierno, pasamos al turno de portavoces, por el orden de menor a mayor.

Tiene la palabra la senadora Rosa Nuria Aleixandre, rogándoles que no se excedan de un tiempo máximo de diez minutos, teniendo en cuenta que tenemos bastante trabajo cuando terminemos esta comparecencia, para que no se nos alargue excesivamente la mañana.

Tiene la palabra, senadora.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: Gracias, señor presidente.

El señor presidente sabe perfectamente que nunca me excedo en estos casos.

Bienvenido a esta comisión, don Roberto Sabrido. Le agradezco su exposición amplia y larga, así como la aportación de la documentación en soporte físico y digital tanto de la Memoria como en la presentación.

Ha hablado de las dos grandes redes nacionales, sobre las que yo tengo algunas preguntas muy puntuales, quizá por deformación profesional: ¿cuál es la red de laboratorios? ¿Hay una o varias en cada comunidad? ¿Tenemos un laboratorio de referencia o distintos laboratorios de referencia en Europa? En concreto, hay un laboratorio de referencia que es el mayor de todos. ¿Nos podría hablar de él?

Algo que nos preocupa es cuántos problemas se detectan después de que un producto se cuele por otra frontera comunitaria —porque sabemos que hay países especialmente permisivos que dejan colar productos— y qué hacemos con este país que deja colar habitualmente productos dentro de países de la Unión, si es que se hace alguna cosa. ¿Se les pide responsabilidad?

Se ha referido a las micotoxinas, y estoy totalmente de acuerdo que parte del problema es el almacenamiento. ¿No sería mejor hacer una legislación sobre el tipo de almacenamiento y cómo deberían almacenarse los productos —porque, a veces una pequeña cantidad de algunas de estas micotoxinas en origen es normal, pero el almacenamiento lo multiplica por cien—? Este es uno de los problemas. *(La señora vicepresidenta, Andrés Prieto, ocupa la Presidencia.)*

Una pregunta: ¿los derivados de mercurio se acumulan en el ser humano o en otros mamíferos? Debería saberlo, pero la verdad es que lo ignoro, no tengo conocimiento de ello.

En cuanto a los alérgenos, ¿sobre qué base se realiza la declaración de alérgenos? Este es uno de los grandes problemas en la actualidad, pero más que por el alérgeno en

sí, quizá sea por el deficiente sistema inmunitario de los europeos, especialmente de las nuevas generaciones que están muy aisladas del entorno. La gran cantidad de alergias que surgen —ya no solo alimentarias sino de todo tipo— parece que es más una deficiencia del ser humano que no ha tenido contacto con alérgenos exteriores hasta la edad adulta y entonces tiene muchos más problemas. ¿Quién lo declara y cómo lo declaran?

Nada más. Le agradezco de nuevo su amplia exposición y estoy a la espera de su contestación, aunque sea solo a estas preguntas.

Gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Gracias, señora Aleixandre.

Por el Grupo Parlamentario Entesa Catalana de Progrés, tiene la palabra su portavoz.

El señor ESQUERDA SEGUÉS: Muchas gracias, presidenta.

Señor Sabrido, bienvenido y muchas gracias por su exposición.

Nos ha dado una explicación de lo que están haciendo y de los resultados que están obteniendo, y esto tiene dos consecuencias: una consecuencia de salud y una consecuencia mercantilista, es decir, hay una consecuencia dirigida hacia las industrias, básicamente a la industria agroalimentaria, y también a la agricultura. En la Comunidad Europea tenemos una legislación cada vez menos permisiva en la aplicación de ciertos procedimientos y en productos químicos o fitosanitarios, que hace de alguna manera que el agricultor o la industria no sean tan competitivos con otros productos que llegan de fuera. Esto, unido a que nos llegan alimentos y productos elaborados de algunas zonas del planeta, en donde hay otro nivel de vida y unos costos ya de per se menores que los que podemos tener aquí, hace que nuestros sectores, los fabricantes o los agricultores previamente, tengan una competencia terrorífica, con unos precios que no llegan a su precio mínimo como para poder ganarse la vida, y haya muchas quejas. Aparte de los productos que se puedan utilizar, también aquí empleamos métodos —que son difícilísimos de detectar, ustedes seguramente que no pueden— a través de análisis, cuestión esta que hace aún mayor la carga que tienen que soportar estas empresas, sean individuales o de tipo societario.

Usted ha hecho referencia a sus resultados y análisis. ¿Cómo se conectan con las autoridades económicas para que se pueda retirar o impedir que se comercialice este tipo de productos y para evitar que sean competencia un tanto desleal de acuerdo con nuestras normas, reglas y leyes?

Estamos exigiendo la trazabilidad de nuestros productos pero no de productos foráneos porque no la sabemos. ¿Ustedes tienen la trazabilidad que se exige a nuestros productos de los productos que llegan de otros países o los análisis de trazabilidad que se han hecho en otras fronteras comunitarias? No hace mucho tiempo tuvimos un caso —muy famoso en prensa—: en los análisis a un ciclista, a

Contador, por lo visto le detectaron restos de un producto que está prohibido, que es el clenbuterol, y ha habido una serie de historias a este respecto. Este producto está plenamente prohibido en la alimentación animal. ¿Cuál es su opinión? ¿Qué cree que ha pasado? Esta es una opinión que le pido.

En los transgénicos de piensos están surgiendo también muchos problemas. Tenemos que en las grandes producciones de piensos, sobre todo al otro lado del Atlántico, nos están llegando muchos productos transgénicos. ¿Qué se hace a este respecto? ¿Se pueden detectar bien estas partidas? ¿Estas partidas se retiran, se pueden retirar? ¿Qué ocurre con ellas? En fruticultura básicamente y en horticultura también tenemos una prohibición cada vez más estricta de la utilización de fitosanitarios, y esto evidentemente incrementa los costos de producción a nuestros agricultores. ¿Cómo detectan ustedes todas estas cuestiones?

Nada más. Ya son varias las preguntas que le he formulado y posiblemente me haya pasado de tiempo.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Gracias, señor Esquerda.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Castro.

La señora CASTRO MATEOS: Gracias, señora presidenta. Buenos días.

Quiero darle la bienvenida al presidente de la agencia, al señor Sabrido, al que agradecemos que a iniciativa propia haya venido hoy aquí a hablarnos de un tema que nos parece interesante. En otras ocasiones ha venido a hablar del trabajo de la AESAN como norma general, pero hoy ha sido sobre un tema concreto y específico.

Usted ha dicho que esperaba que la exposición hubiera sido útil. Yo le diría que no solo ha sido útil sino muy completa; además ha sido enriquecedor conocer todo el entramado que sobre este tema tenemos no solo en España sino con carácter internacional.

Señor Sabrido, sabemos que hablar de seguridad alimentaria es siempre importante, importante porque es un tema que no solamente es sensible y afecta a la ciudadanía, sino también a la industria agroalimentaria. También conocemos que en la sociedad actual ha quedado patente que el riesgo cero no existe, no solo en el tema de alimentación sino en otros muchos ámbitos de la vida. Qué más quisiéramos que tener esa garantía, pero sabemos que eso no es así, de ahí que los Gobiernos traten de alcanzar las más altas cotas de seguridad, en este caso, con los sistemas de información de seguridad, y estamos hablando no solo del sistema de seguridad de España sino de sus conexiones dentro de la Unión Europea y en el ámbito internacional.

La AESAN como punto de contacto del sistema rápido de alertas supone para la población la garantía de rapidez y eficacia ante la amenaza de algún posible problema de salud.

En un mundo globalizado tener garantía de que existen sistemas de información que nos permiten tener los

datos en tiempo real nos hace ver lo que hemos avanzado respecto a la pasada década, década en la que tanto a nivel europeo como internacional tuvimos una crisis tan importante que nos hizo plantearnos una reflexión profunda de la que partimos para tener hoy las infraestructuras de las que nos estamos dotando y que nos garantizan alcanzar un alto grado de protección en materia de seguridad alimentaria.

Como su exposición ha sido muy amplia, le voy a hacer pocas preguntas, pero me gustaría, si puede ser, que me respondiera a algunas dudas o cuestiones que me han surgido.

En el balance que hace de los sistemas de información, —y aunque ha dicho que en España actualmente tenemos menos alertas y más información, y que esto es un síntoma de que el país está protegido— los datos son muy diferentes de unos países a otros dentro de la Unión: no somos de los países más activos, como puede ser, por ejemplo, Alemania o Italia, pero en otros campos podemos decir que destacamos. Me gustaría que nos diera su opinión de cómo se encuentra España en comparación con el resto de países de la Unión Europea, es decir, ¿estamos en niveles similares de buen funcionamiento?

Que en España haya más rechazos —España e Italia son los países que ha dicho usted que tienen más rechazos—, ¿supone que tenemos un buen control de las fronteras, que es una competencia directa de la agencia, o también influye el que tengamos unas fronteras muy amplias puesto que somos un país por donde entra mucha mercancía debido a que tenemos mucha costa y siempre ha sido un sitio por donde han entrado muchos materiales para la Comunidad Europea?

Otra duda: ¿el sistema es lo suficientemente sensible para detectar una amenaza global? (Por supuesto, estamos hablando de una amenaza global en el tema de seguridad alimentaria).

También me gustaría que nos dijera, si puede, cómo ve la industria agroalimentaria española en nuestro sistema de alarma, ya que también es una parte importante en esta materia.

Después de la larga exposición que ha hecho, quiero mostrarle mi reconocimiento por el trabajo y la colaboración de todas las personas que tienen que ver con los sistemas de intercambio de información. Me parece que en un país como el nuestro, con un entramado tan complejo y en el que hay que coordinar tantísimas instituciones, organismos y todo lo demás, es una labor tan compleja que hay que hacer un reconocimiento a todas las personas que en ello están trabajando. Por mi parte, nada más.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Gracias, senadora.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Rubio Mielgo.

El señor RUBIO MIELGO: Muchas gracias, presidenta.

Muy brevemente. También quiero dar la bienvenida al presidente de la agencia y le agradezco su exposición

sobre un tema muy importante ya que considero que la industria agroalimentaria es uno de los sectores más importantes en este momento en nuestro país y a nivel mundial por dos razones: por todo lo que ello mueve económicamente y por los problemas que puede generar desde el punto de vista sanitario.

Ya se ha comentado aquí que no solamente hay que prevenir a través de las alertas sanitarias los problemas que se producen, sino que hay que hacer además otra serie de controles de calidad de los productos que podemos importar, porque a nuestros productores muchas veces se les exige que no utilicen ciertos productos fitosanitarios o productos biológicos mientras que en otros países no se emplean, y eso merma nuestra productividad y competitividad.

Centrándome fundamentalmente en el tema que hoy nos ocupa, el sistema de información, quiero hacer unas consideraciones: primera, la valoración que hace el presidente de cómo funcionan los sistemas de información en nuestro país.

Ya conocemos que la nueva Ley de seguridad alimentaria, cuyo borrador fue aprobado recientemente, prevé la creación de un nuevo sistema de información. Si esto es debido a que no se tiene una gran satisfacción en el funcionamiento de los sistemas actuales, me agrada que se prevea este nuevo sistema de información en el sentido de que sea un sistema homogéneo que coordine todos los sistemas de información que existen en los diferentes ministerios. Aquí hemos hablado del SCIRI o del sistema de control de piensos, que pertenecen al Ministerio de Medio Ambiente, pero no hemos hablado del SIM —sistema de información microbiológico—, que también está en funcionamiento en este momento. Es fundamental crear ese sistema homogéneo. Le pregunto: ¿cómo ve usted la posibilidad de coordinación entre las comunidades autónomas —de hecho, ya hay una comunidad autónoma como es la valenciana que ha anunciado un sistema de información en seguridad alimentaria, el SISA— y cómo se van a intentar integrar esos sistemas de información comunitaria dentro del Estado español y de la Comunidad Europea? Desde luego, los alimentos no distinguen fronteras ni comunidades autónomas ni estados en este momento. Me gustaría que se detuviese en ese comentario y si pudiera, que nos hiciera un avance de lo que va a ser ese sistema homogéneo de información que prevé la ley.

Querría que nos hiciera una valoración, si la conoce, en cuanto a los sistemas de información, de cuánto se nos escapa, es decir, de cuánto no se detecta. Sabemos lo que detectamos —no en alertas porque las alertas tienen una consecuencia sanitaria que después se puede ver—, pero en los sistemas de información ¿cuánto no se detecta en este momento y cuánto no se detecta de utilización de productos prohibidos como puede ser —y se ha puesto aquí un ejemplo claro— el clenbuterol. Sabemos que está prohibido, pero también conocemos que se sigue utilizando en muchas explotaciones ganaderas, y creo que, aunque en menor medida —en bastante menor medida—, de vez en cuando salen a la luz temas como en el caso del consumo de carne por un deportista, entre comillas.

En cuanto a los sistemas de información que no se detectan, me gustaría que hiciera también una valoración de los PIF —puntos de inspección fronterizos—, donde ha habido recientemente algunas quejas en cuanto a la falta de personal y de medios para hacer un control en frontera, una inspección adecuada, porque muchas veces los productos pasan y, cuando se distribuyen y se encuentra el control, su paralización es mucho más complicada que si se hiciese en frontera, exigiendo muchos más gastos para las administraciones de las comunidades autónomas. Los sistemas de información creo que además deben valorar las características de los alimentos. Le pregunto si ese nuevo sistema homogéneo, además de hablar de alerta, o de información, o de rechazo de los productos, va a recoger también las informaciones sobre la calidad de los alimentos y va a hacer previsiones sobre algunas características importantes, es decir, la trazabilidad de los alimentos a nivel internacional, ya que en la Comunidad Económica Europea se dice desde la granja a la mesa, que en los productos importados, sobre todo en los asiáticos, eso no está; si el nuevo sistema de información prevé alguna medida de este tipo y si un bloque que para mí es importante como es la publicidad y el etiquetado de los alimentos, sobre todo la información al consumidor.

Ha comentado usted el tema de los alérgenos, que es importante a nivel general y específicamente en algunos pacientes como son los celíacos que es aún más.

Habría que hacer un esfuerzo importantísimo en el tema de los etiquetados ya que muchas veces nos encontramos en los supermercados ciertos productos de importación que vienen etiquetados, pero la etiqueta no está en el idioma castellano, es decir, en el idioma que se utilice en cada comunidad. Es importante que se haga un esfuerzo en esos controles. No sé si hay alguna medida importante que se vaya a poner en marcha.

También habría que hacer un esfuerzo en el tema de la publicidad, si se va a actuar en los productos de complementos alimentarios —ahora todos tienen propiedades curativas y sirven para todo—, o en los productos de venta en gimnasios —encima ahora se venden a granel para aumentar la masa muscular—. ¿Qué se prevé dentro de los sistemas de información para los investigadores, para las autoridades sanitarias, pero también como información para los usuarios y consumidores?

Por último, me gustaría conocer su opinión con relación a lo que va a suponer para la agencia el recorte presupuestario que se ha producido en la misma, que creo que está en torno al 15%, y si va a afectar a los sistemas de inspección y de control.

Por mi parte, nada más.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Muchas gracias.

Tiene la palabra el compareciente para contestar a las inquietudes y preguntas de los senadores.

El señor PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (AESAN) (Sabrido Bermúdez): Las preguntas son muchas, espero no extenderme, pero me gustaría intentar contestarles a todos. Respondo por el orden de intervenciones.

En cuanto a la red de laboratorios le diré que existe un reglamento europeo, el llamado Reglamento 882/2004, del paquete de higiene, que establece lo que son las referencias a nivel de la Unión Europea. Hay cerca de treinta laboratorios europeos de referencia, uno por país —casi siempre se ha buscado una distribución por país, aunque alguno tiene concentrado más—. ¿Qué significan los laboratorios de referencia? Que es en donde se marca cómo se hace una técnica y qué niveles tiene que detectar esa técnica. Normalmente se ha buscado en cada país en función de su especificidad y de su especialización. Nosotros tenemos un laboratorio de referencia europeo, que es el de las biotoxinas marinas, que además está en Vigo. Somos el primer país productor de mejillones y Galicia sola es la mayor comunidad autónoma productora de toda la Unión Europea y posiblemente de todo el mundo. Pero en el día a día funcionan los laboratorios de control oficial.

¿Qué problemas hemos detectado? Normalmente cuando la Oficina veterinaria europea —que es un organismo de la Unión Europea— viene a inspeccionarnos como país, a ver si estamos cumpliendo bien los reglamentos, una de las cosas que nos dice es que no existe una buena coordinación de la capacidad laboratorial, y es cierto, lo hemos detectado y lo hemos hablado con las comunidades autónomas. Es decir, tenemos un volumen de laboratorios suficiente pero no coordinados en red —y se podría sacar mejor aprovechamiento y tener menores costes—, y además alguna comunidad, aunque tenga laboratorios, no tiene ninguna técnica acreditada, con lo cual a efectos legales, si hubiese una reclamación, no tendrían ningún valor. Normalmente con el laboratorio de la agencia, que es el Centro Nacional de Alimentación, donde tenemos veintiuna técnicas acreditadas, nosotros prestamos atención a esas comunidades autónomas. Entonces lo que queremos es ver qué hacemos. Ahora mismo estamos poniendo en común —porque lo empezamos a desarrollar antes de la ley— qué capacidad tenemos en España, quién tiene las técnicas mejores, quién tiene los técnicos mejores, y vamos a trabajar en red, de tal manera que el que lo tenga nos abastezca a los demás, pero que no le resulte oneroso sino que todos contribuyamos al mantenimiento de ese laboratorio.

Existe más o menos un acuerdo generalizado en la comisión institucional de la agencia, que es donde están las comunidades autónomas, y fue precisamente de ese consenso de donde nació poner en el proyecto de ley —que ya está en el Congreso y que después vendrá a esta Cámara— la creación de esa red de laboratorios. Tenemos capacidad laboratorial suficiente pero creo que un poco descoordinada, aunque para el control oficial diario tenemos esas técnicas adecuadas. A veces no se sabe dónde ir exactamente, y a veces han sido algunas comunidades autónomas las que han puesto en común lo que se llama el sistema norte

de laboratorio, como La Rioja, Aragón, el País Vasco y Navarra. Y en esta red no solamente tiene que haber laboratorios de sanidad; queremos también que existan laboratorios de agricultura para piensos que entren en la red, y laboratorios privados. Y es que la propia legislación permite que aquellos laboratorios privados que hayan hecho un esfuerzo importante y tengan una técnica acreditada puedan ser utilizados asimismo, mediante los acuerdos pertinentes, en esa red.

Efectivamente, la Unión Europea tiene una sola frontera; somos diferentes países, pero con una sola frontera europea, es decir, lo que entra por un país entra en todos. Con respecto a que se puedan colar productos por algún país que tenga menos desarrollado un sistema de puntos de inspección fronterizos, puede ocurrir, pero cuando eso se ha detectado normalmente es la propia FVO, la oficina veterinaria europea, la que actúa en ese país. Se inspecciona este, y si en un momento determinado se ve que no tiene capacidad para ciertas cosas se impide la exportación por él y se advierte a terceros países. En ese sentido sí se actúa.

En cuanto a las micotoxinas, sabemos de dónde vienen fundamentalmente: del almacenamiento en esos terceros países, que no es el adecuado; y por eso se hace un riguroso seguimiento. Y creo que detectamos más micotoxinas porque las buscamos expresamente. ¿Por qué? Porque no estamos hablando de ninguna tontería; son productos cancerígenos. Por tanto hay una vigilancia específica en los puntos de inspección fronterizos, y todo lo relacionado con los frutos secos se analiza. Aunque haya una inspección visual, también hay una búsqueda exhaustiva. Como se suele decir en seguridad alimentaria, cuando buscamos algo lo encontramos. Es decir, se buscan específicamente las micotoxinas, y estas aparecen. Y por eso estamos rechazando tanto.

En relación con el metilmercurio, el problema es que se acumula a nivel graso y en distintos órganos para toda la vida. En la Unión Europea hay una legislación que no voy a decir que sea muy estricta pero sí bastante garantista para el consumidor, de tal manera que cuando se empezaron a detectar problemas con los niveles de metilmercurio se volvió a debatir sobre el tema. El año pasado aparecieron muchos casos, y se pensó que a lo mejor éramos muy estrictos —no me refiero solo a nivel de España sino de la Unión Europea— y que podíamos elevarlos un poquito, es decir, tener un poquito más de margen y no causar tantos perjuicios al productor. Eso se empezó a estudiar, y se vio que el gran consumo de pescado, sobre todo en España, que es el país que más lo come per cápita de la Unión Europea, no permitía bajar esos niveles. Y en algunas comunidades autónomas como, por ejemplo, el País Vasco, donde todavía es más elevado el nivel de consumo que la media de España no se deben bajar porque podríamos poner en riesgo al consumidor, precisamente por eso, por ser acumulativo.

En cuanto a los alérgenos, también hay una legislación. Tenemos doce tipos de alérgenos establecidos, que son los que normalmente se buscan. Pero hay problemas en cuanto al etiquetado; hay empresas que no se atreven a etiquetar; hay todavía cosas que corregir; y ahora nos estamos

ocupando de la industria, porque eso de las trazas tiene que desaparecer ya que ni siquiera es legal. Me refiero a cuando se dice: contiene o puede contener trazas de..., eso crea una enorme inseguridad al consumidor. Muchas veces eso ocurre para cubrirse en la responsabilidad. En cualquier caso, hay doce tipos establecidos a nivel de la Unión Europea, y en función de la información que vayan aportando las sociedades científicas al panel de estudio de alérgenos que hay en la autoridad europea seguramente se puedan ir incorporando otros, porque, como usted bien ha dicho, la sensibilidad del sistema inmunitario va cambiando por nuestra forma de vida, por nuestra higiene y por nuestro ambiente, y pueden ir apareciendo nuevos alérgenos de los que haya que estar pendientes.

Hay un tema muy importante que ha planteado el Grupo de la Entesa y que surge reiteradamente: la posible pérdida de competitividad de nuestra industria, y fundamentalmente de nuestros agricultores, por la consecuencia comercial que tiene todo lo que hacemos. Podría contestar que lo mío es la seguridad, que es lo que me ocupa, pero, evidentemente, no soy ajeno al ambiente en el que me muevo. Sobre esa base, y aunque ese sea un tema más específico del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, puedo decir que, tal como se establece a nivel comunitario, cuando un país exporta a la Unión Europea lo primero que se hace para permitir ciertas exportaciones es que en origen la FVO, la oficina veterinaria europea, va a ese país, inspecciona las instalaciones, y hace un informe dando el visto bueno de esa empresa en concreto para exportar o no a la Unión Europea. Es cierto que cuando se vaya el inspector no sabemos qué pasará, pero como ocurre aquí; eso va a depender de la cultura de cada país. Con esto quiero decir que la falta de competitividad o la supuesta falta de competitividad que se pueda dar en estos momentos no se debe tanto —así se ha reconocido incluso en reuniones que ha habido en Bruselas— a los sistemas de seguridad alimentaria per se como al desarrollo de la legislación europea en materia de bienestar animal. El desarrollo de dicha legislación europea no tiene una incidencia directa en la seguridad alimentaria, por lo menos los paneles científicos todavía no la han demostrado, aunque puede haber un mayor sufrimiento, la carne se puede estropear antes y se puede alterar antes organolépticamente. Y lo que ahora se está estudiando es si el desarrollo de los reglamentos europeos de bienestar animal, al haberse introducido el concepto de bienestar animal en la cadena alimentaria, si no se controla bien en el origen puede llevar a una pérdida de competitividad del que cumpla a rajatabla con el bienestar animal frente al que no lo cumpla. De hecho, una de las cosas que se ha discutido, se discute y ya se hace es reflejarlo también en el etiquetado, puesto que el bienestar animal es un hecho de la cadena de seguridad alimentaria, de tal manera que se pueda identificar en él si se ha certificado que la carne o el alimento que estamos consumiendo procede de granjas o de instalaciones que cumplen con el bienestar animal, para que el consumidor tenga un elemento de calidad diferenciador. En cualquier caso, repito que se trata más

de estos temas que lo que va más allá de la legislación sobre fitosanitarios que se exige. Cuando viene aquí se tiene que exigir lo mismo que la legislación establece para otro; igual que en el caso de la trazabilidad.

Se ha hablado en dos ocasiones del clembuterol, y se me ha pedido mi opinión personal; pero si es personal la daré después. (*Risas.*) Bien, no hay tanto clembuterol —y contesto también al portavoz del Grupo Popular—. Tenemos un plan en marcha, el llamado PNIR, Plan nacional de investigación de residuos en carnes frescas. Realizamos aleatoriamente más de 10 000 muestras analíticas en carne buscando fundamentalmente dos cosas, que son las que más nos preocupan en la carne: beta-agonistas, como el clembuterol o algún otro, y medicamentos veterinarios para ver si se ha respetado el tiempo por el problema de resistencias antibióticas que luego se producen en el ser humano. Esas dos cosas se controlan específicamente. Y tenemos dos casos: uno, en 2006, y otro, el año pasado, en el País Vasco, no confirmado todavía, que es contradictorio. De cualquier forma, se han detectado en animales, nunca en productos que hayan pasado al consumo humano. Es decir, en los casos famosos de intoxicación, la carne había pasado por estos procesos: en los años ochenta eran las hormonas, cuando se detectan estas; en los años noventa empiezan los beta-agonistas, y aparece una sintomatología de nerviosismo, temblores, taquicardia, etcétera, en ciertas personas, que es cuando se empieza a achacar al clembuterol; y desde 1992 y 1993, en que se pone en marcha seriamente la actuación ante el clembuterol, lo que ha aparecido es lo que les acabo de decir en el PNIR, tras más de 10 000 muestras aleatorias —al margen de las que se hacen en caso de sospecha—, es decir, cuando no hay sospecha de que el animal tenga algo raro. Como información, que no sirve para adelantar una opinión, les diré que el clembuterol se utiliza para aumentar la masa muscular con el fin de que el animal pese más y tenga más filetes. Pero en el organismo del animal el clembuterol tiene su proceso metabólico, que hace que se acumule en el hígado o en el riñón, y los casos que conocemos en España de personas con la sintomatología del clembuterol se debían al consumo de hígado o de riñones; pero por consumo de filetes o de solomillo no se conocen. Y no estoy adelantando nada; estoy poniendo evidencias encima de la mesa.

En cuanto a los transgénicos, hay muchos más autorizados para piensos que para el consumo humano. Todos los transgénicos que tiene autorizados la Unión Europea, fundamentalmente el maíz, el algodón, y ahora la famosa patata, que se autorizó para hacer bolsas que no fueran de papel sino biodegradables, son para consumo animal. Y hay muy poquito para el consumo humano; y, evidentemente, en los PIF también se inspeccionan los transgénicos no autorizados en piensos. Pero normalmente los países que producen más transgénicos para consumo animal —fundamentalmente Estados Unidos y Brasil— son los que los tienen autorizados, porque se juegan mucho. No suele haber mucho transgénico no autorizado o clandestino, es decir, el transgénico tiene un desarrollo científico y una autorización muy importantes, y se produce sobre todo

en Estados Unidos, que es el país que más lo autoriza, y no suele aparecer. Pero en el caso que apareciera algún transgénico no autorizado, evidentemente, se detectaría.

Y contesto a la portavoz del Grupo Parlamentario del Partido Socialista sobre la disminución de las alertas y al aumento de las informaciones y acerca de si somos un país muy activo. He de decir que sí, que en el RASFF, en el sistema europeo, somos de los más activos por los rechazos en frontera, es decir, somos de los que más actuamos en los PIF. Somos el país con el mayor volumen, junto con Italia, de entrada de productos alimenticios por nuestros puertos. España es uno de los países donde más productos entran por nuestros puertos, por eso tiene más de 25 PIF, no solamente en puertos sino también en aeropuertos, con una actividad muy intensa. (*El señor presidente ocupa la Presidencia.*)

¿En qué situación nos encontramos con respecto a la Unión Europea? Hay que tener en cuenta que la legislación europea de obligado cumplimiento son los reglamentos, que, como saben, tienen rango de ley orgánica. Entonces, partiendo de la base de que tenemos todos la misma legislación, de la experiencia que ya existía en España, y de que los países con más tradición de industria agroalimentaria hemos ido pasando por varias fases, como las que acabo de comentar, creo que en estos momentos, por las informaciones que tenemos —ahora me referiré al sistema de información—, estamos en el grupo en cabeza. Si analizamos el cómputo global —se me ha olvidado dar ese dato— de los países más activos en notificación propia y al RASFF, veremos que son Francia, Alemania y España. Nosotros, sobre todo por los rechazos y los demás, por los controles internos, lo que curiosamente coincide con que seamos precisamente los tres países que tenemos una industria agroalimentaria más potente. Esto está también muy ligado, evidentemente, al tema de la producción.

¿Cómo ve eso la industria? Creo que lo ve muy bien, porque la colaboración es fundamental. Precisamente hace poco tiempo he renovado el convenio que tenemos con la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas, FIAB, porque forma parte del punto de contacto del RASFF. Es importantísimo. Ellos están desarrollando sistemas que nos ayudan a la retirada inmediata de determinados productos. Por otro lado, casi todas las grandes cadenas de supermercados, que también están en el punto de contacto, tienen desarrollados unos sistemas con el código de barras; así, una vez comunicado el correspondiente a un determinado producto este no puede salir por caja, se retiene y no se le da salida. Creo que están colaborando bien en ese sentido, entre otras cosas, porque saben que si hay algo a lo que son sensibles los consumidores es a la seguridad alimentaria, en parte, por miedo psicológico y también porque sabemos que una vez que nos metemos algo en la boca perdemos el control, y ya no podemos hacer nada una vez que nos lo hemos tragado más allá de ponernos un antídoto, si es algo muy raro. Eso es, como digo, es un tema muy sensible económicamente, y a la industria también le interesa.

¿Tenemos sensibilidad para detectar una amenaza global? En Europa sí, y a nivel internacional, según se vaya desarrollando Infosan, una red de la que les he hablado menos porque es muy incipiente, que se está creando, y sobre la que ha habido dos notificaciones en el último año. En Europa la última amenaza que tuvimos fue en el segundo semestre del 2008, por las dioxinas en Irlanda. Los controles oficiales de Irlanda detectaron rápidamente el caso, y nos dijeron dónde se había producido la distribución; en España fue algo residual, por una importación puntual de una colonia irlandesa en Andalucía, prácticamente para consumo casero. Y en poquísimos días supimos todo: dónde estaba cada caso y dónde no. Creo, pues, que se ha demostrado y se está demostrando que está funcionando adecuadamente.

Un punto también muy importante es el de los sistemas de información. Como ya he dicho, mi valoración de esos sistemas de red de alerta es positiva. Pero vamos a desligar ese sistema de alertas y rechazos de lo que son otras informaciones. Este sistema está establecido en la legislación española por la Ley del año 2001, de creación de esta agencia, ratificado en un real decreto de 2002, que desarrolla el estatuto de la agencia, y además en el Reglamento 178/2002, de la legislación europea, con lo cual está perfectamente legislado para todos los Estados miembros. En España fuimos pioneros, porque se estableció en el año 2001 y en la Unión Europea no se hizo legalmente hasta el año 2002. Por eso, aunque a veces decimos que la agencia se crea al hilo de la Unión Europea después de la crisis de las vacas locas, no fue así, porque en España se creó un año antes. Luego ese sistema está legislado tanto a nivel europeo como a nivel nacional.

Pero cuando hablamos del sistema de información del proyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición, no nos referimos a sistemas de alertas sino a otra información. ¿Cuál es? Pues bien, nosotros, como punto de contacto que somos de la Comisión Europea, debemos reportar una serie de datos para elaborar las estadísticas europeas que ponen de manifiesto en qué situación nos encontramos con respecto a otros países, es decir, dónde hay más casos de este tipo, dónde hay más funcionarios, dónde no hay tantos, cuántos son los inspectores per cápita que tiene un país y cuántos otro; en definitiva, algo que es muy importante saber.

¿Cómo abastecemos nosotros a la Unión Europea? En la comisión institucional pedimos a las comunidades autónomas que nos den esos datos, y estas lo suelen hacer; pero estamos siempre en un trato de favor, de buen rollito, como dirían los jóvenes, aunque no hay nada que obligue a las comunidades a abastecernos de esa información para que nosotros podamos remitírsela a la Unión Europea. Y eso es precisamente lo que hemos incluido en el proyecto de ley, que desarrollaremos después mediante un real decreto: los ítems de esa información. ¿Qué ítems van a ser? No lo hacemos con ningún ánimo fiscalizador de las comunidades autónomas. No nos corresponde la tarea de estar día a día sobre una comunidad para ver qué hace o qué dice o qué nos manda o no nos manda. Lo hacemos

con el objeto de establecer unos ítems y unas fechas de obligado cumplimiento en la Unión Europea para reportar esa información ya que estamos en ese sistema global.

Me preguntaba su señoría qué pasa cuando no se detecta algo. Debería aparecer algún brote, alguna enfermedad, algún tipo de patología, algún tipo de enfermedad o de intoxicación asociada a ese producto. Pero no hay. Además, se suelen mantener unos márgenes. Por ejemplo, en el caso de la salmonella, de la que decimos que sigue siendo uno de los riesgos biológicos más importantes, curiosamente, según las últimas estadísticas, hay ya brotes más frecuentes en el ámbito familiar que en el de la restauración. Eso se debe fundamentalmente a una mala manipulación en casa, más que en la restauración. Y añadido una reflexión a su pregunta sobre lo que pasa cuando no se detecta. Una de nuestras preocupaciones no es lo que no se detecta sino lo que no se conoce; y hay cosas que no conocemos. ¿Qué es lo que no conocemos? No lo sabemos, pero sabemos que hay cosas que no conocemos y que pueden ir apareciendo; y eso es lo que más nos quita el sueño, por así decirlo, a los responsables.

Ya me he referido al clembuterol en relación con la pregunta del portavoz del Grupo de la Entesa. Sinceramente, me han preguntado por el caso de Contador, y puedo decir aquí lo mismo que he dicho públicamente en prensa: no tengo elementos de juicio para saberlo exactamente, pero nosotros nos hemos puesto en contacto con el País Vasco, que está intentando ahorrar una información para saber exactamente lo que ellos creen que ha pasado, como obligación que tienen.

Con respecto a los PIF, ha habido quejas sobre la falta de personal. Hay un plan específico de los PIF a tres años, que ha hecho la Subdirección General de Sanidad Exterior, y una de las cosas que se contempla es ir incrementando esa dotación. Pero a veces, la función pública, por sus sistemas de funcionamiento, no es lo rápida que quisiéramos. Así, nos podemos encontrar en este mercado globalizado con que haya avalanchas por oportunidades de mercado y exportaciones a la Unión Europea. España, como he dicho, tiene muchos PIF, es un sitio bueno para entrar, y nos podemos encontrar en un momento determinado con picos de avalanchas de exportación, y la manera de abastecer por parte de esos funcionarios a veces no es —repito— lo rápida que todos quisiéramos, aunque sé que en ese sentido también se están haciendo convenios de colaboración y encomiendas de gestión con comunidades autónomas para agilizar y ser más efectivos.

Preguntaba usted también por la calidad. Es un aspecto en el que no entramos. Por ejemplo, cuando hablamos de nutrición no entramos en si el chorizo está hecho con tocino de jabugo o no; aconsejamos que el chorizo se consuma una vez a la semana y no todos los días, como recomendación de hábito alimentario. Es decir, no entramos en la calidad del producto, sino en la calidad en seguridad.

Hay un aspecto muy importante que ha tratado su señoría, que tiene una trascendencia fundamental para los consumidores y que está muy relacionado con la seguridad alimentaria, como es el etiquetado nutricional, y digo rela-

cionado con la seguridad alimentaria, porque hay un aspecto que se ha incorporado en Europa y que incorporamos en el proyecto de ley de seguridad alimentaria, y es que un alimento debe ser seguro porque no nos produzca ninguna patología ni ninguna intoxicación. Pero también debe ser seguro porque al mismo tiempo sea sano. Y el que sea o no sano tiene que ver con hábitos alimentarios, con la educación alimentaria y con la información para saber lo que estamos comiendo. En eso vamos a ver si nos ponemos de acuerdo. Está en desarrollo el etiquetado nutricional —ya lo he dicho en otras comparecencias en esta Cámara—, que actualmente no es obligatorio en ningún Estado miembro. Queremos que haya un etiquetado nutricional obligatorio, pero todavía no hemos conseguido ponernos de acuerdo; sí en el tamaño de la letra, que no es baladí, pero no, por ejemplo, en si cuando se hable de aceite vegetal debemos especificar de qué tipo de aceite se trat, o si en el caso de las grasas saturadas haya que poner que son grasas trans, etcétera. En fin, hay una gran discusión todavía que, evidentemente, ha hecho que el reglamento no salga. Tampoco nos ponemos de acuerdo en cuanto a la obligatoriedad sobre en qué parte deben figurar los alérgenos y cómo si por ejemplo, con signos identificativos, para que ese tipo de pacientes lo vean más claramente, y así conseguir lo mismo que con el reglamento del gluten, que ha dado mayor tranquilidad a los celíacos. Ahí existe un campo muy importante, y estamos trabajando intensamente para que se vea la luz. En estos momentos estamos discutiendo otra vez sobre los modelos. Y hay una discusión doble sobre qué poner, en la etiqueta y cómo. En cuanto a lo que poner, nos vamos acercando bastante a un acuerdo, pero en cuanto a cómo ponerlo, no nos acercamos nada, y cada país quiere ponerlo de una manera diferente. Nosotros apostamos porque sea de una sola manera, otros apuestan por el sistema de semáforos, y los escandinavos, por ejemplo, apuestan por lo que llaman el sistema de la llave. En esto influye mucho la cultura, y, evidentemente, va a ser difícil ponernos de acuerdo, por lo que posiblemente la comisión lo que esté tratando de decir es que si nos ponemos de acuerdo en el qué, dejará que cada uno haga lo que quiera con el cómo. En esa discusión estamos actualmente.

También la publicidad de alimentos es un tema muy importante. Para los alimentos relacionados con la salud está el reglamento europeo 1924/2006, que dice que nada podrá publicitarse diciendo que es bueno para algo o que cura o que crece o que quita o que pone si no se hace lo que se llama una alegación en salud, y para ello se tiene que demostrar y se tiene que solicitar en el país de origen. Por ejemplo, si hay alguna empresa española o multinacional que tiene sede en España debe solicitar eso a la agencia española, donde se hace un primer filtro; después lo mandamos a la agencia europea; allí lo estudia el panel científico, y este emite el dictamen. Es cierto que todos los Estados miembros pensábamos que con la publicación de este reglamento íbamos a ir más rápido en esto, pero se está retrasando mucho. Hay miles y miles de solicitudes, y los paneles científicos de la autoridad europea no dan

abasto. Ahora estamos esperando la publicación de un montón de alegaciones que se iban a producir este año y ya nos han dicho que se van a retrasar hasta el año 2012. Por otro lado, hay un artículo que habla de los perfiles; pues bien, dejamos los perfiles, y ahora el comisario quiere retomarlos. En fin, hay un pequeño maremágnum. El problema que tiene esto para los ciudadanos no es tanto un problema de seguridad alimentaria, porque ese producto es seguro si está en el mercado, siempre teniendo en cuenta el nivel de incertidumbre que tenemos todos en este campo, sino que pueda ser que se esté cobrando a duro un poco de agua; es decir, puede ser un fraude a la economía porque es un producto que se encarece, del que se dice que hace no sé qué, que realmente no hace. Luego en cuanto a la seguridad, tranquilidad; y en cuanto a propiedades curativas, hay una legislación nacional, que es el real decreto de publicidad para productos con presunta finalidad terapéutica, el llamado real decreto de los productos milagro, que dice que en España no se pueden publicitar productos como los adelgazantes, pero luego vemos esa publicidad, y en Internet, y no digamos. Este es, pues, un campo en el que hay que actuar mucho.

Además, ahora nos tenemos que ir adaptando a una situación. La Ley General de la Comunicación Audiovisual exonera a los medios, al soporte publicitario, es decir, a las televisiones y a las radios, en los casos de publicidad ilícita; el responsable es el anunciante, no el medio. La única vía de actuación que tenía la Administración General del Estado era con el medio, no con el anunciante; y ahora eso corresponde a las comunidades autónomas, que son las que tienen que abrir los expedientes y actuar en el caso de que se detecte eso. ¿La agencia no tiene otro medio? Tiene la acción de cesación cuando vemos que un anuncio publicitario en un medio puede suponer un riesgo para la salud o un engaño manifiesto al consumidor; entonces lo tenemos que poner en conocimiento del juez, y este se encarga de ello. Pero muchas veces cuando actuamos la campaña ya ha pasado. Pero soy optimista. Pienso que se solucionará según se vaya desarrollando el reglamento. Las comunidades autónomas lo han debatido en la comisión institucional, están muy interesadas, y quieren actuar en este campo porque saben que es un tema muy importante para los consumidores; y esperamos que la Comisión Europea vaya desarrollando la legislación, porque es muy farragosa. Y es que ya ha salido algo publicado, muy poco, pero hay consumidores que nos dicen: esto ya ha salido publicado, y sin embargo se sigue publicitando, lo siguen diciendo aunque no lo puedan decir. Pero es que hay un período transitorio en el que pueden seguir diciéndolo, en algunos casos de seis meses y en otros, de más. Como digo, la legislación es farragosa en ese sentido, pero soy optimista a medio plazo —a corto, soy posibilista—, porque se está produciendo tal acercamiento de la alimentación a la salud, que ya casi se está medicalizando la alimentación en algunos aspectos. Y entre todos, y con este reglamento, vamos a avanzar. Me parece que con esto más o menos he dado respuesta a sus preguntas.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Sabrido.

No sé si algún senador o alguna senadora quiere hacer alguna matización. *(El señor Rubio Mielgo pide la palabra.)*

Tiene la palabra el senador Rubio.

El señor RUBIO MIELGO: Voy a intervenir brevemente para hacer una puntualización. Qué ocurría cuando no se detecta no era la cuestión; la cuestión era si teníamos constancia, a nivel de información y no de alerta sanitaria, de cuánto puede entrar y no se detecta. Es decir, hay productos que tienen algún componente que no causa una patología infecciosa en el organismo de forma inmediata pero que tienen alto contenido en metales pesados o en dióxidos que pasan las fronteras. ¿Se tiene conocimiento de qué porcentaje se escapa a la detección?

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Sabrido.

El señor PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN, (AESAN) (Sabrido Bermúdez): Se trataría de un producto que entra por un punto de inspección fronterizo, que no viene en condiciones adecuadas y que pasa al mercado. No tengo aquí el dato pero lo miraremos.

El señor PRESIDENTE: Le agradezco en nombre de la comisión la exposición que nos ha hecho, en primer lugar, y después las respuestas exhaustivas que nos han procurado información a todos sobre el tema del que tratábamos. Esperamos poder volver a verle aquí a no mucho tardar.

Hacemos una pequeña pausa de cinco minutos y continuamos. *(Pausa.)*

DEBATIR

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN DE LA DENOMINADA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS. (661/000645.)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.

El señor PRESIDENTE: Punto siguiente del orden del día, debate y votación de las siguientes mociones. He de anunciar que la votación de las distintas mociones la realizaremos cuando finalice el debate de las cinco mociones y que en ningún caso será antes de la una.

La moción 661/000639, de regulación normativa de la cirugía estética, ha sido aplazada. La moción 661/000645, sobre la píldora del día después, será la primera moción a debatir, y luego se seguirá el mismo orden que figura en el orden del día. Entramos en la primera moción, por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la prescripción de la denominada píldora del día después. El autor de la misma es el Grupo Popular y por tanto tiene la palabra el senador Jesús Aguirre.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Señorías, con esta moción el Grupo Parlamentario Popular lo que pretende ante todo es que impere el sentido común...

El señor PRESIDENTE: Tiene cinco minutos para intervenir.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: ¿Cinco minutos? Seré prudente.

Lo que pretende es que impere el sentido común en nuestra labor legislativa, si cabe, más importante en temas que afectan a la prevención y la salud de las españolas, como es la salud pública, y dentro de la misma, el uso adecuado de medicamentos, evitando la automedicación en fármacos tan importantes como los hormonales, con claros efectos secundarios, reacciones adversas e incompatibilidades con otros medicamentos. Creo, señorías, que todos estaremos de acuerdo en que en temas de salud, en especial de salud pública, debe prevalecer la salud sobre los intereses políticos. No se debe frivolar y siempre tenemos que dejarnos guiar por los profesionales. La promoción, la prevención y planificación de la salud, el diagnóstico previo a la prescripción de medicamentos, en este caso hormonales, son, como todos sabemos, el abecé de la medicina y nuestra razón de ser como profesionales sanitarios.

Desde el día 28 de septiembre del año 2009, dentro de las llamadas Estrategias de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud, se está dispensando sin prescripción médica y sin control de edad ni frecuentación a mujeres adolescentes y adultas la píldora del día después o contraceptivo de emergencia, sustancia llamada levonorgestrel, siendo actualmente la única sustancia hormonal anticonceptiva que está exenta del control y prescripción médica. El resto de los fármacos hormonales similares, incluso con menor dosis de estrógenos, exigen prescripción médica y no son de venta libre.

Desde el punto de vista sanitario ha sido un gran paso atrás, un auténtico atropello sanitario, fruto del atrevimiento que acarrea la ignorancia en temas sanitarios y en no dejarse asesorar por los profesionales de la medicina que prescriben, médicos, o que dispensan medicamentos, farmacéuticos, opuestos a eliminar un circuito sanitario que, como todo, se podría mejorar y extender a todas las comunidades autónomas, ya que estaba funcionando bien y daba una respuesta científica a un grave problema sanitario.

Hasta octubre del año 2009 se prescribía la píldora del día después, o contraceptivo de emergencia, por parte de los médicos tanto en los centros de salud de atención primaria como en los servicios de urgencia de la mayoría de las comunidades autónomas, diez concretamente de las diecisiete comunidades autónomas, y de forma gratuita. Como todo acto médico, la prescripción de la píldora poscoital se acompañaba de anamnesis, exploración y diagnóstico clínico, cuyos resultados quedaban reflejados con la máxima confidencialidad en la historia clínica de los usuarios del sistema. Dicho acto médico se acompañaba

de información y educación sexual, captando a la mujer de forma automática hacia las consultas de educación sexual y reproductiva, consultas donde se planifica en el tiempo, desde el punto de vista sanitario, la educación sexual de las parejas con fines muy claros, como evitar embarazos no deseados, facilitar embarazos deseados, adecuar el anticonceptivo más apropiado a cada persona, evitar enfermedades de transmisión sexual y siempre intentando que la píldora del día después o anticonceptivo de emergencia fuera, como su propio nombre indica, un medicamento de emergencia. Por desgracia, muchas veces se toman medidas políticas erróneas y se echa por tierra un sistema que funciona, en vez de tomar medidas políticas para mejorarlo y extenderlo.

A un año vista, los profesionales de la salud advierten: A) Se ha perdido todo el circuito perfectamente engrasado dentro de la sanidad pública y privada, donde se captaban sobre todo mujeres jóvenes y adolescentes para las consultas de planificación y educación sexual. B) Se ha banalizado la toma de medicamentos hormonales como el levonorgestrel, con una clara disminución de la percepción de riesgo por parte principalmente de las adolescentes, habiéndose multiplicado por cinco, según la empresa de distribución de fármacos de libre dispensación, el uso y en muchos casos el abuso de la píldora del día después o contraceptivo de emergencia sin ningún tipo de control de edad ni frecuentación, que lleva aparejado de forma inexorable un grave problema de salud pública por el aumento, primero, de complicaciones y efectos adversos a corto y largo plazo, como son embarazos ectópicos, vómitos, metrorragias, tromboembolismo venoso, etcétera; segundo, contraindicaciones específicas en pacientes obesas, fumadoras, diabéticas, hepáticas o cardíacas; tercero, interacciones con múltiples medicamentos como anticonvulsivos, antirretrovirales y algún antibiótico y antimicótico. Todo lo que he dicho lo manifiesta la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, dependiente del Ministerio de Sanidad y Política Social, en el documento: Informe de evaluación de medicamentos con Levonorgestrel, autorizado y publicado el día 7 de octubre de 2009, a la semana de eximir al fármaco de la preceptiva receta. Según sociedades científicas, la generalización del uso de la píldora del día después o contraceptivo de emergencia lleva aparejada la disminución del uso del preservativo en contactos sexuales esporádicos, por lo que se espera un repunte en las enfermedades de transmisión sexual. D) Desde hace meses se está distribuyendo masivamente un folleto informativo destinado a los usuarios de la píldora del día después elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, cuyo contenido no solo incurre en graves imprecisiones sobre su mecanismo de acción, sino que, tergiversando la realidad, llega a negar los efectos secundarios...

El señor PRESIDENTE: Señoría, vaya terminando.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: ... y contraindicaciones de ese fármaco, omisión que si duda incita a su consumo

irresponsable y supone un evidente caso de publicidad engañosa, como ha denunciado perfectamente la Asociación Nacional para la Defensa del Derecho a la Objeción de Conciencia.

Termino aquí y dejo la parte que me resta para cuando intervenga como grupo.

Gracias, señor presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Aguirre.

A esta moción se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió. Tiene la palabra para su defensa la senadora Rosa Nuria Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: Gracias, *senyor president*.

Señorías, creo que sobre este tema ya lo he dicho todo, además, me sabe mal, pero lo que había anunciado se ha hecho realidad. A veces se cumplen tus peores temores, y este es el caso.

En mi interpelación a la ministra mostré publicaciones de otros países según las cuales ya se demostraba que se iba a multiplicar por cuatro el número de personas que iban a tomarla y así ha pasado. ¿Que las publicaciones demostraban que utilizar los servicios de urgencia para la prescripción de la píldora hacía que muchas jóvenes y adolescentes llegasen a los servicios de planificación familiar precisamente en base a la petición de la píldora? Está ocurriendo exactamente lo mismo. Hace unos días salió en televisión una ginecóloga joven, muy joven, diciendo exactamente mis mismas palabras, diciendo que hay problemas, que tenemos que tener cuidado, que se está utilizando mal, que la están utilizando sin ningún tipo de control, etcétera. Pues es lo que tenemos que hacer, tener cuidado. Esto no tiene nada que ver con que alguien pueda tener el derecho y la libertad de su utilización. Yo solamente pido que así como tenemos la libertad de utilizar cualquier otro producto sanitario, que se pueda utilizar con el control necesario. No se trata más que de pedir el control sanitario, nada más, que no tiene nada que ver con la libertad. Evidentemente, no me parece mal que exista la libertad de objeción de conciencia por parte de cualquier profesional sanitario. Por tanto, nuestra enmienda no hace más que decir que se proporcione con prescripción médica, siempre habíamos pedido la prescripción médica. Que un médico prescriba no quiere decir nada en absoluto, al contrario, demuestra un control, pero un control sanitario, no un control de conciencia ni de nada, en absoluto. Exactamente igual como se prescriben los anovulatorios o algunos antibióticos, que no son malos, en las mismas condiciones. Lo que hemos añadido es que se pueda optar tanto por los servicios de atención primaria como por los servicios de urgencia, exactamente como se había hecho hasta ahora.

Por otra parte, hemos presentado una enmienda en la que mostramos nuestro acuerdo con que los profesionales médicos y farmacéuticos puedan ejercitar su derecho a la objeción de conciencia, pero que esto no impida que se

compatibilice el derecho de las mujeres en este caso para recibir la prescripción o la dispensación de la píldora, exactamente en las mismas condiciones en que se puede utilizar cualquier otro fármaco. No es más que la prevención de que estas mujeres que están utilizando este fármaco sepan lo que están utilizando y que no pase lo que ocurre actualmente. Hay mujeres jóvenes que la toman tres y cuatro veces en un solo mes, sin ningún tipo de control, porque se utiliza incorrectamente, porque no tienen ni idea de para qué la están utilizando. Vayan ustedes a cualquier servicio farmacéutico y pregunten qué es lo que le piden al farmacéutico, en qué condiciones, y de verdad que se echarán las manos a la cabeza. Es lo único que pedimos, que haya una prescripción, un control, y cuando hablo de control no hablo de control represivo, ni mucho menos, sino de control sanitario. Dentro de pocos años, y lo dicen los servicios de ginecología, tendremos grandes problemas con estas mujeres debido a la cantidad de hormonas extra que están tomando sin ningún tipo de control. Estamos hablando mucho de prevención de la salud; esto es parte de la prevención, de la promoción de la salud, nada más. Pedimos que el ejercicio del derecho a la objeción de los profesionales sea compatible con el derecho de estas mujeres a recibir la prescripción y la dispensación de la píldora, sin ningún otro fin que el control prescriptivo. Por eso hemos presentado esta enmienda, que esperamos que acepte el Grupo Popular y que haga pensar un poco al Grupo Socialista porque a veces, en aras de la libertad, no estamos dando libertad sino todo lo contrario, estamos haciendo daño. Estamos prohibiendo fumar, estamos prohibiendo las grasas trans, pero luego usted puede pegarse un chute de hormonas cuando quiera. Tengamos cuidado, al menos veamos en qué condiciones, preveamos y expliquemos lo que puede pasar. Luego, cuando uno es mayor de edad que haga lo que quiera, pero al menos que sepa lo que está haciendo.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Para explicar si acepta o rechaza la enmienda del Grupo Parlamentario Catalán, tiene la palabra el senador Aguirre.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Gracias, señor presidente.

El Grupo Popular acepta la enmienda del Grupo Convergència i Unió, piensa que implementa perfectamente la moción que ha presentado en esta comisión, primero, porque a pesar de que el derecho a la objeción de conciencia en la prescripción y la dispensación de la píldora del día después está avalado por el artículo 16 de la Constitución española, por la doctrina del Tribunal Constitucional y por sentencia del Tribunal Supremo, no viene recogido actualmente en los folletos que se están dando. E igualmente está avalado por los comités de ética y deontología de los consejos generales de médicos y farmacéuticos. Pero también porque es muy importante que tanto médicos como usuarios sepan que el mecanismo de acción de la píldora poscoital es tanto abortiva como anticonceptiva, ocultando

a posibles usuarios y facultativos que en determinados casos impide la anidación del embrión y ocasiona la pérdida del óvulo fecundado, posibilidades y riesgos de los que se debe informar al usuario y a los profesionales respetando la capacidad de decisión ante una posible vulneración de convicción ética. De ahí que veamos muy positiva la aportación que hace el Grupo de Convergència i Unió.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

Entramos en el turno de portavoces. Por parte del Grupo Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra la senadora Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: Quiero dar las gracias al Grupo Popular por haber aceptado nuestra enmienda. Creemos que es una aportación importante a la salud de nuestros jóvenes y adolescentes y esperamos que otros partidos recapaciten sobre el tema; tarde o temprano van a tener que hacerlo porque, por desgracia, lo mismo que dije que habría un aumento de enfermedades de transmisión sexual —vaya usted a los laboratorios clínicos y se lo confirmarán—, también dije que habría problemas posteriormente incluso hepáticos por exceso de hormonas o de fertilidad. Tarde o temprano en este país tendremos que replantearnos sanitariamente el control sanitario de estos productos.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el senador Lertxundi.

El señor LERTXUNDI BARAÑANO: Muchas gracias a todos ustedes, senadoras y senadores de la Comisión de Sanidad, por aceptar el cambio en el orden del día y, por tanto, tener la oportunidad de intervenir personalmente en un tema al que profesionalmente estoy muy vinculado por mi especialización médica. Gracias también al compañero senador Antonio Alarcó por aceptar una modificación en esa propuesta de moción sobre cirugía y medicina estética que dejaremos para una sesión posterior.

Estamos abordando un tema que tiene muchos puntos de vista. El tema de la libertad en materia de uso de medicación que tenga que ver con la libertad sexual tiene muchos puntos de vista, está el político, el científico y también el normativo. No me gustaría entrar en debates de carácter político-ideológicos, porque, al fin y al cabo, si ustedes se dan una vuelta por el mundo se darían cuenta de lo siguiente: todos los países laicos del primer mundo, donde la Iglesia católica pinta muy poco, han liberado la prescripción de este producto, todos. En algunos, como Noruega, incluso se vende en los supermercados directamente. En Estados Unidos también se vende en los supermercados directamente desde el año 2006, y se vende en Suecia, Suiza, Dinamarca, Francia, Portugal y Gran Bretaña,

en todos antes que en España. O sea, déjense de cataclismos, estos países no son irresponsables —nosotros tampoco lo somos—, y son el primer mundo. (*Rumores.*) No me conteste mientras hablo, por favor. En Europa, los países donde la Iglesia católica es potente, como Malta, Italia e Irlanda, son los únicos que no están en esta línea. Por tanto, hay un componente ideológico de carácter religioso con respecto a la libertad sexual de las mujeres. Primer asunto.

Segundo asunto. ¿Qué dice la comunidad científica sobre el levonorgestrel? Ustedes saben que en España hay dos productos que se llaman Norlevo y Postinor, los dos son exactamente lo mismo, tienen 150 miligramos de levonorgestrel. ¿Qué dice la comunidad científica, empezando por la OMS, la Organización Mundial de la Salud? Que es un medicamento esencial, que tiene muchas más ventajas que inconvenientes y que, por tanto, como es de urgencia, debe ser facilitado a las mujeres urgentemente. El hecho de que se haya liberado la prescripción es para facilitar el acceso directo al medicamento. Nos hemos encontrado en España con muchas comunidades autónomas que o bien no facilitaban servicios dentro del Sistema Nacional de Salud de acceso a las mujeres en los fines de semana, que es cuando se produce fundamentalmente la demanda, o bien se encontraban con médicos que alegremente y saltándose la legalidad aducían su derecho a su objeción de conciencia profesional para impedir la prescripción de este producto. Eso ha obligado al Gobierno español a tomar esta medida, siguiendo los pasos de todo lo que tenemos alrededor —de todo, no se olvide nadie de esto—, estamos en el primer mundo, aquí no manda el Vaticano, mandan las leyes, mandan los representantes populares. En ese primer mundo el camino abierto es que sea de acceso directo. ¿Por qué? Porque de cien coitos sin protección no hay cien embarazos, hay ocho. Tomando la pastilla las primeras 24 horas esos ocho se reducen a uno, el segundo día, a tres, y el tercer día, a cinco. Cuanto antes, por tanto, se utilice este producto los beneficios que van a derivar de él son mayores. Ahora, por cierto, hay otro producto en las farmacias españolas en el que el acetato de ulipristal también está presente. Hay otro producto más para medicamentos de urgencia con el objeto de evitar embarazos.

Segundo tema. Dejémonos de historias, senador Aguirre. Yo a usted le aprecio muchísimo por mil cosas, pero no me diga que esto es un producto abortivo. Está falseando la realidad. Está usted contra toda la comunidad científica. Si hay un embarazo no hace el mínimo efecto; si hay un embarazo, repito, no hace el mínimo efecto. Solo funciona si no ha habido un embarazo. Por tanto, es un anticonceptivo. Esto es básico y lo encontrará usted en cualquier definición de la Organización Mundial de la Salud que aborde esta cuestión y, por supuesto, en las sociedades científicas españolas.

Tercer asunto. Si es un elemento de urgencia, y por tanto hay que facilitar el acceso, y la prescripción se convierte en España en un elemento de poder de sectores

reaccionarios contra las mujeres, que es lo que ocurre, hay que abrir paso al mismo. Esta es la información que da el ministerio. Léasela, cita cuatro páginas *web*, vea todo lo que pone sobre efectos positivos y efectos negativos, vea lo que dice sobre la contracepción y el uso necesario de anticonceptivos, cómo dice que este no es un anticonceptivo para uso habitual sino estrictamente para situaciones de urgencia. Véalo, por favor, porque tenemos que hablar de las cosas con papeles en la mano.

Cuarto asunto. No hay derecho a la objeción. En España el Tribunal Constitucional tiene unas sentencias muy contradictorias en esta materia, pero en materia de interrupción de embarazo se ha aprobado una ley en España que es la que marca el sentido de las cosas y nos atenemos a las leyes. No hay derecho a la objeción por parte de ningún farmacéutico ni de ningún médico a facilitar el acceso a este producto. Eso es absurdo, es ilegal, esa petición que están ustedes planteando es ilegal.

El señor PRESIDENTE: Vaya terminando, senador.

El señor LERTXUNDI BARAÑANO: La objeción de conciencia

está estrictamente dirigida al profesional directo en materia de aborto, y estamos hablando de anticoncepción.

En cuanto a la multiplicación del uso —y termino—, quiero darles datos porque no hay otra manera de discutir. El año pasado 2009, según los datos publicados por el ISM, se han vendido en farmacias 730 000 envases de este producto, Levonorgestrel, que efectivamente multiplica por cinco lo que se vendía anteriormente en farmacias, pero la dispensación en los centros públicos ha bajado en la misma proporción, hasta el punto que estos 730 000 envases significan solo 150 000 más que el año 2007. En España hay diez millones de mujeres en edad fértil, el 80% de las cuales mantienen relaciones sexuales sin deseo de embarazo, y hay una frecuencia coital en España, según todos los datos publicados, de dos veces por semana. Habrá quien tenga más —suerte para ellos— y habrá quien tenga menos. Para toda esa cantidad, 800 millones de coitos que no desean el embarazo, se han utilizado 730 000 envases. Es una minucia, no es que sea un número importante, es que es una minucia; no llega al 0,03%. Los datos son apabullantes.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador. Tiene la palabra el senador Aguirre.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Gracias, señor presidente.

Lo primero que tengo que decir es que este es un medicamento de emergencia, no es de planificación familiar. En segundo lugar, el mecanismo de acción, que conoce el doctor Lertxundi igual que yo, es triple: primero altera el ph del endometrio, impide la llegada del espermatozoide a la trompa, luego funciona como sustancia espermicida; segundo, impide la ovulación en caso de que no se haya

provocado todavía, luego no es aspirada por la trompa, lo cual impide la fecundación; y tercero, si el óvulo está fecundado en la parte distal de la trompa, lo que impide es la anidación. Ya estamos hablando de un óvulo fecundado. Ese es el mecanismo clásico de actuación de la píldora poscoital, y en alguna medida es abortiva, según la ética de cada uno, ya que impide la anidación del óvulo fecundado en el endometrio.

No me hable de sectores reaccionarios. Si le parece, hablemos desde el punto de vista científico. Le hablo desde el punto de vista científico, ya que usted ha nombrado varios países europeos. Por una parte, la dispensación sin receta de la píldora del día después no ha reducido el número de abortos en diversos países europeos, que es lo que se intentaba conseguir. Entre 1999 y 2007 el número de abortos aumentó un 38% en Bélgica, un 19% en Suecia, un 12% en Reino Unido y en Holanda, mientras permanece estabilizado en Dinamarca y Finlandia, según datos de Eurostat. La legislación francesa ha servido de inspiración a la española, y en un informe elaborado por el Ejecutivo francés este mismo año dice textualmente: la difusión masiva del anticonceptivo de emergencia no ha disminuido el número de abortos. En Andalucía, donde la píldora poscoital se prescribía y se dispensaba de forma gratuita en los centros de salud, desde 2001 a 2008 se dieron 430 000, lo cual no ha evitado que se duplique el número de abortos en esos años de 11 000 a 20 000. La facilidad para adquirir la píldora poscoital no ofrece diferencias significativas en cuanto a la reducción de embarazos no deseados, según JAMA 2007. Sociedad Científica Médica: Con la utilización de la píldora poscoital no disminuye el número de abortos. *Contracepción 2004*: La amplia distribución de la píldora poscoital por los servicios de salud no es un buen camino para reducir la incidencia de embarazos no deseados. *British Medical Journal*: Los adolescentes que utilizan la contracepción de emergencia tienen más riesgo de un embarazo no planeado, posiblemente como consecuencia de asumir mayores riesgos en sus relaciones sexuales. *Editorial del British Medical Journal*: Si se busca una intervención para disminuir la tasa de abortos, la contracepción de emergencia puede no ser la solución. *Cochrane*, once estudios, 7.725 mujeres, Estados Unidos, China, India, Suecia. La Universidad John Hopkins de Baltimore demuestra que el acceso fácil a la píldora poscoital o de emergencia no reduce los embarazos no deseados. Y, por último, un artículo de la prestigiosa revista *Pharmacy Care*, de 2009, en la cual se dice: Concluyendo, se detecta un elevado incremento del consumo de la píldora poscoital y una probable asociación con un aumento de incidencia de sífilis.

¿Que quiere datos científicos? Le damos datos científicos. De todas formas, nadie dice que no haga su efecto cuando se tiene que tomar como medicamento de urgencia prescrito por un médico en un centro de salud de forma gratuita al paciente y perfectamente controlado para evitar el abuso en el uso de un medicamento como es un anticonceptivo de emergencia.

Muchas gracias.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A QUE INCLUYA EN LAS BASES DE LOS CONCURSOS DE LOS PROGRAMAS DE VIAJES PARA MAYORES UNA CLÁUSULA QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LOS MEDIOS DE TRANSPORTE Y LOS ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS. (661/000577.)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.

El señor PRESIDENTE: Pasamos al debate de la segunda moción, por la que se insta al Gobierno a que incluya en las bases de los concursos de los programas de viajes para mayores una cláusula que garantice la accesibilidad de las personas con discapacidad a los medios de transporte y los establecimientos hoteleros. El autor de la moción es el Grupo Popular y tiene la palabra en su nombre la senadora María Jesús Sáinz.

La señora SÁINZ GARCÍA: Muchas gracias, señor presidente. (*Rumores.*)

Señorías, es evidente que el turismo es una actividad...

El señor PRESIDENTE: Perdone. Señorías, les ruego un poco de silencio.

La señora SÁINZ GARCÍA: Decía que el turismo es una actividad social de extraordinaria importancia que moviliza a millones de personas en todo el mundo y que constituye un factor de progreso económico y de mejora del conocimiento, del grado de relación, y es evidente que ningún grupo de población debe quedar excluido. Las personas con discapacidad deben participar también en actividades turísticas. Sin embargo, las barreras y dificultades de todo tipo que aún persisten impiden el acceso regular a los bienes y servicios turísticos. La supresión de estas barreras que limitan la práctica del turismo por parte de las personas con discapacidad viene exigida no solo por los principios de igualdad de derechos y oportunidades y no discriminación, sino porque representa también una medida eficaz para incrementar una actividad que en nuestro país está claro que contribuye al crecimiento de un sector económico importante.

El turismo social debe ir unido al turismo accesible, como recoge ya la Asamblea General de la Organización Mundial del Turismo, el derecho abierto por igual a todos los habitantes de nuestro planeta, y no se pondrá ningún obstáculo. En España existe un compromiso con programas de lo que podríamos denominar turismo social y, por ello, van dirigidos a las personas mayores y propicia el desarrollo de las personas y comunidades visitadas. Pues bien, las bases del programa vacaciones para mayores y del programa del termalismo social no establecen mecanismos que permitan garantizar plenamente la accesibilidad a dichos programas, especialmente a las personas con movilidad reducida o con otras necesidades de comunicación, como ha denunciado Cermei en varias ocasiones. El primer programa apenas hace referencia a que se admiti-

rán como acompañantes a los hijos con discapacidad cuyo grado de discapacidad sea igual o superior al 45% siempre que el viaje lo realice con sus padres y ocupe una cama supletoria en la misma habitación de hotel. Y es evidente que para ello lo primero es facilitar la accesibilidad de estas personas, porque si no de nada sirve. Nunca podría servir de excusa el hecho de que este programa exija como requisito el que los beneficiarios puedan valerse por sí mismos, ya que, como también sabemos, muchas personas con discapacidad y con movilidad reducida, por ejemplo, las que utilizan sillas de ruedas, tienen una amplia autonomía y no se les excluye del programa.

Por tanto, es evidente que al tratarse de programas públicos deben incluir cláusulas que establezcan unas condiciones mínimas de accesibilidad a los programas, y lamentablemente, como se denuncia, hay personas que utilizan sillas de ruedas que han tenido que renunciar a estos programas ya que no tienen ninguna seguridad de que los medios de transporte reúnan las condiciones de accesibilidad necesaria, así como los establecimientos hoteleros, algo que sin duda puede ser considerado como una discriminación indirecta porque ocasiona una desventaja a unas personas con respecto a otras por razón de la discapacidad.

Precisamente, señor presidente —y con ello termino—, desde el convencimiento de que a los poderes públicos no solo les compete eliminar cualquier tipo de discriminación sino promover activamente medidas que vayan destinadas a prevenir o compensar la desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida económica, social y cultural, y atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad, presentamos esta moción en la que instamos al Gobierno a que incluya en las bases de los concursos de los programas públicos para mayores una cláusula que garantice que los medios de transporte y los establecimientos hoteleros sean accesibles a personas con discapacidad, especialmente a las que tengan una movilidad reducida o que usen sillas de ruedas.

Señorías, estamos claramente ante una moción de carácter social y de igualdad de oportunidades, algo de justicia y una reivindicación de quienes sufren este tipo de discriminación que considero que es obligado atender, y por eso les pido el voto a sus señorías.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

A esta moción se ha presentado una enmienda de modificación por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa tiene la palabra el senador Abreu.

El señor ABREU EXPÓSITO: Gracias, presidente.

Señorías, en primer lugar quiero agradecer la iniciativa del Partido Popular y la aceptación de esta enmienda de modificación presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Hemos presentado esta enmienda por varias razones, en primer lugar, actualmente el programa de vacaciones para mayores tiene una fuerte demanda social, y prueba de ello es que para la temporada 2009-2010 se

han recibido 2 329 951 solicitudes. A la demanda del programa de vacaciones para mayores se une la satisfacción general de los usuarios. Según el último estudio efectuado por una empresa externa, el 96% por ciento de los participantes tienen intención de inscribirse en las próximas convocatorias valorando como bien o muy bien otros aspectos de los viajes, como el transporte, la estancia en los hoteles y las actividades incluidas. Asimismo, al finalizar esta temporada 2009-2010 y desde el momento de su creación, precisamente con un gobierno del Partido Socialista, unos 11 200 000 viajeros se habrán beneficiado de vacaciones organizadas por este programa.

Por tanto, dentro del programa de envejecimiento activo se gestionan los programas de vacaciones de mayores y termalismo social, mantenidos gracias a la amplia red de transportes e infraestructura hotelera y termal que hoy existe en España. Transportes e instalaciones que si bien han mejorado mucho, no todos reúnen las condiciones de accesibilidad a personas con discapacidad, siendo un número insuficiente para atender la actual demanda de plazas de los usuarios. A su vez debe señalarse que, atendiendo a las necesidades de la población con discapacidad, se ha puesto en marcha un programa de vacaciones y termalismo específico para este colectivo a través de subvenciones con la colaboración del movimiento asociativo.

Por todo ello, se propone la siguiente enmienda en el sentido de priorizar la accesibilidad y no de exigir la totalidad en la red hotelera y termal, por eso incluimos una cláusula de preferencia de adjudicación de los contratos en el concurso para aquellas instalaciones que, primero, cumplan estos requisitos y, después, para cubrir las plazas de la demanda en su totalidad. Esta es la enmienda que se ha pactado con el Partido Popular.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

Para explicar la aceptación o rechazo de esta enmienda, aunque ya lo ha anunciado el senador del Grupo Socialista, tiene la palabra la senadora del Grupo Popular.

La señora SÁINZ GARCÍA: Efectivamente, lo ha avanzado con razón puesto que habíamos negociado esa incorporación y había mostrado mi aceptación. Lógicamente, hubiera preferido que pudiéramos eliminar ya cualquier tipo de preferencia y normalizarlo, pero puede haber razones que en este momento lleven a que como primer paso pongamos esa referencia de preferencial. Acepto la enmienda.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Pasamos al turno de portavoces. Tiene la palabra la senadora Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: Intervengo de forma breve para sumarnos a la iniciativa, una buena iniciativa del Partido Popular matizada perfectamente por el Partido Socialista, porque como él creemos que no todos los establecimientos, aunque sea de obligado cum-

plimiento, están en estas condiciones. (*La señora vicepresidenta, Andrés Prieto, ocupa la Presidencia.*) Por tanto, nos sumamos a la iniciativa y esperamos que las autoridades tanto de las comunidades autónomas como centrales tomen buena nota de ello y las próximas convocatorias sean realizadas con estos requerimientos.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Muchas gracias, senadora Aleixandre.

Por el Grupo Entesa Catalana de Progrés tiene la palabra el senador Esquerda.

El señor ESQUERDA SEGUÉS: Muchas gracias, presidenta.

Desde el inicio de la legislatura y en otra Comisión a la que pertenezco que es la de Industria, Comercio y Turismo, por parte de Turismo estoy dando, si me permiten la expresión, la tabarra al secretario de Estado, que ahora es secretario general de Turismo, señor Mesquida, para que se mejorase la calidad y la cantidad de habitaciones hoteleras y las condiciones de los restaurantes con accesibilidad para las personas con ciertas discapacidades. Me alegro muchísimo y felicito a los autores tanto de la moción como de la enmienda y por la aceptación de la misma, porque esto quiere decir que podemos ir caminando en este sentido.

Evidentemente existe legislación del Estado y existe teóricamente, básicamente en los hoteles, una normativa por la cual, a partir de una categoría, el hotel tiene que tener un número determinado de habitaciones que sean accesibles y que además estén adaptados los servicios del hotel. Aunque en teoría la ley existe y dice esto, en la práctica muchas veces no puede utilizarse. Es decir, los lavabos no están adaptados suficientemente, para acceder a los sitios hay rampas excesivamente inclinadas por las que no pueden subirse las sillas de ruedas, los pisos no están absolutamente lisos o resbalan. En fin, hay disfunciones en el cumplimiento de esta ley y lo que se pide es esto.

Además, la moción está muy bien en el sentido de que trasluce que haya un mayor número de habitaciones que sean accesibles y estén adaptados los medios de transporte. Por tanto, creo que esto es muy importante. Es más, enfocado de cara a las personas de mayor edad y a los viajes del Imsero, actualmente solo pueden ir las que están mejor, pero las que tienen ciertas dificultades se ven abocadas a no poder disfrutar de estos viajes, que están muy bien, porque tienen dificultades cuando llegan al hotel, cuando llegan a los sitios a los que van de excursión, cuando tienen que subir a los autobuses, etcétera.

Por tanto, anuncio que mi grupo va a votar favorablemente la moción enmendada y espero que este camino que se inicia pueda continuar.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Gracias, senador.

Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el senador Abreu.

El señor ABREU EXPÓSITO: Quiero poner de manifiesto que el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, el Imsero, dentro del Ministerio de Sanidad, en este momento está dedicando en torno a 160 millones de euros a los programas de vacaciones y termalismo para mayores en la temporada de 2010, es decir, un 22% más que el año anterior. Se ha posibilitado la creación de 122 000 puestos de trabajo directos o indirectos en sectores como el transporte, la hostelería o actividades sanitarias. El programa vacaciones para mayores lo han disfrutado en lo que va de año 1 200 000 personas, es decir, 200 000 personas más que el año anterior, y con la oferta existente se duplica la cifra de hace 6 años. (*El señor presidente ocupa la Presidencia.*)

Para concluir, he de poner de manifiesto que no solo se trata de la satisfacción de los usuarios y que no solo reside en el éxito del programa, sino también en la gran aceptación y valoración que por parte de los distintos sectores que integran el mundo turístico se ha hecho del mismo, pudiendo afirmarse que actualmente constituye uno de los pilares fundamentales que alimenta las corrientes turísticas durante la temporada baja, paliando el fenómeno de la estacionalidad que tan negativamente incide en el sector turístico y muy especialmente en el mantenimiento y generación de empleo.

Por último, quiero agradecer el consenso en beneficio de los usuarios y también del sector turístico en un momento como el que estamos pasando.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

Tiene la palabra la senadora Sáinz.

La señora SÁINZ GARCÍA: Muchas gracias, señor presidente. Procuraré ser muy breve.

Quería dar las gracias a todos los grupos parlamentarios por su apoyo y por la buena acogida de la iniciativa. Como adelantaba, me hubiera gustado más que no se pusiera ese pequeño paréntesis que supone la enmienda, pero creo que en estas cuestiones es importante ir avanzando, hay que ser flexibles y, en todo caso, son temas que requieren el consenso y el acuerdo de todos y, precisamente, como muy bien señalaba el senador Esquerda, en la aplicación práctica de la normativa en lo que se refiere a la accesibilidad hay muchas carencias, hay mucho en lo que seguir trabajando y ahondando.

Al portavoz del Grupo Socialista quiero decirle que nadie duda del éxito de estos programas. Precisamente lo que nuestro grupo quiere es que sean accesibles por lo beneficiosos que son para todos. Me gustaría terminar diciendo que nuestro grupo considera que hay una serie de principios incuestionables, que las personas con discapacidad y con problemas de movilidad o comunicación tienen también derecho al acceso regular y normalizado de estos bienes, de estos servicios y de estos beneficios y, en su caso, de la eficacia de estos programas, y que los problemas de movilidad o de comunicación que puedan presentar estas personas nunca pueden servir de base para prohibir, negar o limitar el acceso, y los poderes públicos

tienen que velar por el cumplimiento de normas jurídicas y de normas técnicas que aseguren el libre acceso de estas personas a estos servicios. Ahí entra precisamente el objeto de esta moción, ahí están los pliegos de condiciones, los elementos a considerar a la hora de otorgar calificaciones de calidad a los establecimientos turísticos.

Por ello, creemos que es importante —y con ello termino, señor presidente— que la Administración actúe en esta línea con el fin de avanzar en la no discriminación en el acceso al turismo por parte de todas las personas, y estoy segura de que en esa línea esta Comisión y sus miembros estaremos vigilantes.

Muchas gracias.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ADOPTAR UN ACUERDO UNÁNIME DE APOYO INSTITUCIONAL AL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES, DE CARA A SU PRÓXIMA CELEBRACIÓN EL DÍA 14 DE NOVIEMBRE DE 2010 (661/000609.)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.

El señor PRESIDENTE: Pasamos a la tercera moción, por la que se insta al Gobierno a adoptar un acuerdo unánime de apoyo institucional al Día Mundial de la Diabetes, de cara a su próxima celebración el día 14 de noviembre de 2010. El autor es el Grupo Parlamentario Popular y tiene la palabra el senador Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señor presidente.

Me gustaría ocupar el primer minuto del tiempo que se me asigna en dejar constancia de que el aplazamiento de la moción sobre el intrusismo en cirugía plástica fue un acuerdo que alcanzamos los dos portavoces que estábamos negociando el tema con vistas a obtener una medida unánime producto de que ayer hubo un cambio de Gobierno y no era el día oportuno. No hay otro motivo, pero creemos que esas medidas deben de ser aprobadas por unanimidad y en el Partido Popular buscábamos unanimidad en ese sentido.

Con respecto a la de hoy, señorías, nos complace traer esta iniciativa que no tiene nada de reaccionaria y no tiene nada que ver con el Vaticano, y lo digo por el compañero senador Lertxundi. Me gustaría aclararlo porque es un tema muy serio y ya se lo diré cuando pueda decírselo. Hemos traído esta iniciativa en nombre del Partido Popular a esta Comisión, que no tiene ningún contenido ideológico, y creo que es muy importante que el Senado la proponga con vistas a obtener un respaldo político importante de todos los grupos respecto a una patología que creo que es definitiva.

La erradicación de la diabetes, como el resto de las patologías que padece la sociedad, está íntimamente relacionada con un concepto fundamental en la medicina que nosotros llamamos visibilidad. La diabetes es una de las

llamadas enfermedades silenciosas y, como todos ustedes saben, es una de las epidemias, junto con la obesidad, del siglo XXI. Nos gastamos en el tratamiento de la obesidad el 7% del presupuesto de la sanidad pública, en tratar una patología de la superabundancia cuando hay escasez.

Analizaremos en cifras lo que les acabo de comentar: 170 millones de personas padecen diabetes tipo 2, cifra a la cual hay que sumarle las que padecen tipo 1; 85 millones más ignoran que la padecen. Tras 6 o 7 años desde que se diagnostica la enfermedad es cuando el paciente empieza a padecer efectos importantes. Multiplica por 4 el riesgo de enfermedad coronaria. Es la principal causa de ceguera, de problemas de insuficiencia renal y de amputaciones. La mitad de los diagnosticados ya experimentan una o varias complicaciones. Uno de cada 3 niños nacerá o desarrollará diabetes fruto de la predisposición genética o de la mala alimentación. Según la OMS, la diabetes será de aquí a 20 años una patología que rondará los 350 millones de pacientes o enfermos.

Para hacernos una idea del coste que tiene luchar contra una enfermedad como esta, en Estados Unidos se gastaron en 2002 132 billones de dólares en tratamientos relacionados con la diabetes. Las estimaciones que se hacen sobre el número de pacientes en España hablan de 2,5 millones de personas entre las diagnosticadas y las no diagnosticadas. Veán ustedes la incidencia tan importante que tiene en salud y en economía. La prevalencia de la diabetes ronda el 6% en España —que es, como ustedes saben, un poco más alta que la media internacional— en personas mayores de 30 años, y se eleva al 12% en mayores de 65, rondando el 25%. Está relacionada con enfermedades como la obesidad, como he dicho, que es una patología evidente de la superabundancia y además todavía nos gastamos mucho dinero en esa superabundancia cuando tenemos problemas de escasez evidentes. El 80% de los obesos son diabéticos. La clave está, como es lógico, en la prevención. En torno al 75% de los casos de fallecimiento por diabetes pueden ser evitados. Se trata, por tanto, de una labor importante conocer y prevenir esta enfermedad e iniciativas como el día internacional de lucha contra la diabetes son fundamentales porque lograremos la concienciación de la ciudadanía sobre un problema global muy importante.

El impacto humano que la diabetes tiene en estos momentos en el mundo es de 3,8 millones de muertes por año, causa principal de muerte prematura, un millón más de amputaciones, 500 000 casos más de fallo renal y 300 000 casos más de ceguera. Creo que es tremendamente importante valorar estos datos, así como recalcar el impacto económico porque el gasto sanitario para tratar y prevenir la diabetes asciende a 232 000 millones de dólares por año, y para 2025 se espera que esta cifra aumente hasta casi 400 000 millones de dólares.

Por todo ello, el Partido Popular lo ha querido someter a la consideración de todos los partidos y solicitar su apoyo para adoptar el acuerdo unánime de que nos sumemos de forma institucional, solicitando al Gobierno que también lo haga, al Día Mundial de la Diabetes que se celebrará el próximo 14 de noviembre.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

No habiéndose presentado ninguna enmienda, pasamos al turno de portavoces.

Por Senadores Nacionalistas tiene la palabra el senador Pérez Bouza.

El señor PÉREZ BOUZA: Gracias, presidente.

Voy a intervenir brevemente para manifestar mi apoyo a esta propuesta que presenta el Grupo Parlamentario Popular porque me parece absolutamente razonable. Se ha argumentado suficientemente y, por tanto, pienso que debe de ser una de las iniciativas que hoy salga aprobada de aquí con el apoyo de todos los grupos.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

Tiene la palabra la senadora de Convergència i Unió señora Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: También vamos a dar nuestro apoyo a la iniciativa. Estamos convencidos de que cada vez habrá más diabéticos. (*La señora vicepresidenta, Andrés Prieto, ocupa la Presidencia.*) Hemos convertido una enfermedad que en un principio podía ser mortal a partir de una edad determinada, muy especialmente en embarazadas y en neonatos, en una enfermedad crónica, para toda la vida. Nacen niños diabéticos que morirán con una perspectiva de edad alta. Es indiscutible el carácter de predisposición genética en todos ellos y, por tanto, es evidente que cada vez habrá más diabéticos. Es una enfermedad que está no solamente asociada al nivel de vida sino también a estos nuevos fármacos como bombas de insulina que están en el mercado.

Como creemos que es una enfermedad crónica que puede prevalecer hasta edad avanzada y que cada vez tendremos más enfermos, o lógicamente estamos de acuerdo en hacer algo, como mínimo, para informar a la sociedad y para que se prevea lo que se pueda prever, y si no podemos con la enfermedad, al menos, que los pacientes que la padezcan tengan las mejores condiciones de vida.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Muchas gracias, senadora Aleixandre.

Por el Grupo Parlamentario Entesa Catalana de Progrés tiene la palabra el senador Esquerda.

El señor ESQUERDA SEGUÉS: Muchas gracias, presidenta.

Queremos mostrar nuestro apoyo decidido a esta moción. Creemos que celebrar el Día Mundial de la Diabetes y llevar a cabo las acciones necesarias para darlo a conocer al máximo número de personas es importante.

Aquí se han dado unos datos por el senador Alarcó. Yo he recibido una encuesta, un estudio del di@bet.es, donde figura el dato de personas diabéticas en España, y da la cifra de 4 626 557, que es algo más elevada que la del porcentaje que usted nos ha dado. Todas estas cifras se tienen que poner en cuarentena, imagino. Con ello quiero recal-

car que posiblemente sea un número mucho mayor, y si no cambian las condiciones y no se llevan a cabo las acciones suficientes desde el poder, esto puede continuar e ir a más. Actualmente dicen que en todo el mundo hay 246 millones de personas que padecen la enfermedad. La previsión es que para el año 2025 haya 380 millones, si no cambian las condiciones. Por tanto, es algo muy preocupante y creo que tenemos que ser sensibles y sensibilizar al máximo a la población y educarla sobre todo en la autogestión de la propia enfermedad, que creo que es el quid del asunto. Quizá lo que haya que hacer, si hay personas que no saben llevar a cabo esta autogestión, es crear los mecanismos oportunos, que les den un toque de atención desde los centros hospitalarios y les recuerden que no han pasado a recoger las tiritas para no sé qué, etcétera. Es decir, creo que con mecanismos muy simples, como un telefonazo, aquel paciente que se ha dejado ir un poco sabrá que hay otras personas que están encima de su enfermedad. Esto no solo puede ahorrar mucho dinero, sino también prolongar muchas vidas. Todos nos vamos a morir, y cuando aquí se dice que vamos a evitar no sé cuántas muertes, creo que no lo hacemos, pero sí provocamos que se pueda alargar la vida. Las muertes se producirán igualmente, pero más tarde. Por tanto, es importante que aprobemos esta moción, y le damos nuestro total apoyo.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Muchas gracias.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Maestre.

La señora MAESTRE MARTÍN DE ALMAGRO: Muchas gracias, señora presidenta.

Efectivamente —lo estamos comentando todos—, hablamos de una enfermedad crónica que tiene una alta prevalencia, un alto coste social y un gran impacto sanitario, puesto que la diabetes propicia el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que, a su vez producen una disminución de la calidad y de la esperanza de vida de los pacientes diabéticos. (*El señor presidente ocupa la Presidencia.*)

La diabetes está, como muy bien decía el proponente, el senador Alarcó, entre las cuatro causas de muerte prematura en mujeres. Es una epidemia mundial, como muy bien decía, y por tanto es pertinente y es importante avanzar en la prevención de esta enfermedad. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Diabetes, el número de personas con diabetes se está incrementando de manera epidémica en todo el mundo. Más de 180 millones de personas padecen diabetes, y es probable que en 2030 se duplique esta tasa. Se calcula que 1 de cada 20 muertes es atribuible a la diabetes, y se estima que en el último año murieron más de 1 millón de personas a causa de esta enfermedad. Estamos hablando de que en nuestro país la prevalencia se sitúa en torno a un 6,5% para la población entre 30 y 65 años, y oscila, según diversos estudios, entre el 6 y el 12%.

Como ya se ha apuntado también, la edad avanzada, la obesidad, los antecedentes familiares, el sedentarismo, la tolerancia alterada a la glucosa o la hipertensión arterial son factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de la diabetes. El aumento en la prevalencia de la obesidad y del consumo de tabaco está contribuyendo también a aumentar la incidencia de la enfermedad. Por lo tanto, hay múltiples factores de riesgo que pueden ser evitables para prevenirla.

Además, sabemos que distintos estudios indican que el control estricto de estos factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2 puede disminuir en un 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares y reducir el riesgo de mortalidad, de la misma manera que sabemos que mediante la promoción de estilos y hábitos saludables de vida, como la actividad física y una dieta saludable, entre otras medidas, se puede evitar una proporción elevada de los casos de diabetes tipo 2. Incluso la aparición de la forma más común de diabetes, la tipo 2, que supone cerca del 90% de los casos, es susceptible de prevención primaria utilizando cambios de vida sostenidos en la dieta y en la actividad física. Por tanto, señorías, todo lo que sea ahondar en estrategias que ayuden a prevenir esta enfermedad crónica siempre será positivo.

Por cierto, hablando de estrategias, la que ya existe, la que presentó el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006, conforme a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, plantea un enfoque integrado en el que se combinan la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Por ello, como decía antes, todo lo que sea promover conductas saludables, todo lo que sea contribuir a aumentar el cuidado y la prevención, todo lo que sea estimular la sensibilización sobre estos factores de riesgo bienvenido sea.

En consecuencia, señorías, apoyaremos igualmente esta interesante iniciativa.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

En el turno de portavoces, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero agradecer públicamente la sensibilidad mostrada por todos los grupos políticos, sus aportaciones y las afirmaciones hechas en esta Cámara. Es muy importante que en este tipo de iniciativas luchemos todos unidos permanentemente. Es verdad que todos nos morimos; hay algunos que creen que no, pero hasta esos que creen que no se van a morir. (*Risas.*) Lo que estamos diciendo, y usted también lo ha hecho —en política las bromas son buenas porque distienden— es que la muerte por causa de la diabetes es terrible. Es muy significativo que de cada diez ciudadanos españoles que van por la calle haya uno que no sepa que es diabético, por eso hablé antes del concepto de visibilidad. Tenemos que hacer visible esta enfermedad de forma normal, no de forma alarmante. Es verdad que se han hecho muchas cosas, y aquí solicito

personalmente y en nombre de mi grupo que, aunque se estén haciendo muchas cosas, se hagan muchísimas más para luchar contra un factor de epidemia tan importante. Necesitamos la implicación del Gobierno, sin duda, necesitamos gastar dinero en campañas de divulgación que hagan visible esta enfermedad sencilla —creo que lo ha dicho también usted—, y necesitamos la implicación de todas las comunidades autónomas para reducir de forma drástica y prevenir —que es lo más importante en esta enfermedad— las tremendas complicaciones que tenemos, primero por el factor humano y después por el factor gasto, que no es asunto baladí, porque nuestro Estado del bienestar está pasando en estos momentos por una época muy mala y la financiación es fundamental, y en estos momentos —repito— tenemos un gasto tremendamente elevado producto de las complicaciones diabéticas.

Quiero agradecer sinceramente en nombre del Grupo Popular la colaboración y la decisión de todos los partidos políticos de colaborar e instar al Gobierno a que tome todas las medidas oportunas, que siempre serán apoyadas, para que la visibilidad y la prevención sean lo más amplias posible.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A IMPULSAR EN EL SENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD UN ACUERDO PARA QUE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS SE COMPROMETAN A IMPLANTAR EN SUS RESPECTIVOS SERVICIOS DE SALUD MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DESTINADAS A PREVENIR LESIONES E INFECCIONES EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS COMO CONSECUENCIA DE PINCHAZOS Y CORTES ACCIDENTALES. (661/000635.)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO DE SENADORES NACIONALISTAS

El señor PRESIDENTE: Pasamos a la cuarta moción, por la que se insta al Gobierno a impulsar en el seno del Consejo Interterritorial de Salud un acuerdo para que las comunidades autónomas se comprometan a implantar en sus respectivos servicios de salud medidas de bioseguridad destinadas a prevenir lesiones e infecciones en los trabajadores sanitarios como consecuencia de pinchazos y cortes accidentales.

Ha presentado esta moción el Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas.

Para su defensa, tiene la palabra el senador Pérez Bouza.

El señor PÉREZ BOUZA: Gracias, presidente.

Como el título de la moción es tan largo, casi no necesita defensa. En todo caso, he de decir que esta moción parte de un acuerdo que se tomó el 8 de marzo en un

Consejo Europeo de Ministros de Empleo y Asuntos Sociales, por medio del cual se aprueba una directiva que obliga a los Estados miembros a poner en marcha mecanismos de bioseguridad que reduzcan el número de accidentes laborales que se producen en el ámbito sanitario, fundamentalmente entre los profesionales de enfermería.

La prevalencia de estos accidentes es alta. Se calcula que en torno a 1 millón de lesiones o accidentes se producen cada año en los países de la Unión Europea como consecuencia de esos pinchazos o cortes con material punzante o cortante en un colectivo profesional muy amplio, de más de tres millones y medio de personas. Por lo tanto, estamos ante una directiva europea de obligado cumplimiento por todos los Estados miembros que, de llevarse a cabo, va a significar una importante reducción del riesgo de sufrir esos accidentes laborales, que pueden quedarse en una cuestión menor o pueden tener consecuencias graves si hay una contaminación sérica. Por lo tanto, estamos hablando de algo muy importante. Se estima que en aquellos centros de trabajo que han implantado ya estos mecanismos de bioseguridad, los accidentes disminuyen hasta en un 85%, y por eso merece claramente la pena implantarlos. Hay ya material en el mercado que da cobertura a esta iniciativa. Es cierto que de distintas calidades, pero existe ese material que hace posible poner en marcha esta iniciativa de inmediato, si existe la voluntad política de llevarla a cabo.

En el Estado español la situación es muy desigual. A 29 de junio, cuando se presentó esta moción, había cinco comunidades autónomas que tenían implantado ya estos sistemas en sus servicios de salud. Bien es cierto que no en todos los centros, solo en algunos. Conozco el caso de Galicia, que es una de las comunidades donde se está empezando a implantar, pero aún quedan muchos centros de trabajo en los cuales no puede disponerse de este material. También están implantados en Madrid, en Castilla-La Mancha, en Baleares y en Navarra. En el resto aún no se ha implantado en ningún centro de trabajo.

Lo que se pretende es que, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, se inste al Ministerio de Sanidad, y dentro de unas horas de Igualdad y Política Social, a que abra un debate y, si es posible, que termine en un acuerdo con el compromiso de que todas las comunidades autónomas implantarán en el Sistema Nacional de Salud estos sistemas de bioseguridad que favorezcan la reducción al mínimo de estos accidentes laborales que afectan a los trabajadores sanitarios y, como decía, de manera especial a los enfermeros.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento al presidente de la Organización Colegial de Enfermería, Máximo González Jurado, que ha sido uno de los mayores impulsores y defensores de esta directiva en el ámbito europeo y que, finalmente, ha conseguido su objetivo. Sería una pena que el Estado que más ha peleado en Europa para que se implantase este mecanismo de seguridad, al final no lo aplicara en todo su territorio. Espero contar con el apoyo de todos los grupos, y ya consumo el turno de portavoces

agradeciéndoselo a todos los que vayan a apoyar esta moción. Seguramente todo el colectivo sanitario, pero en especial los enfermeros y enfermeras del Estado español, nos lo agradecerá.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

No habiéndose presentado ninguna enmienda a esta moción, pasamos al turno de portavoces.

El portavoz del Grupo de Senadores Nacionalistas ha renunciado a su turno. Por tanto, tiene la palabra la senadora Aleixandre por el Grupo de Convergència i Unió.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: *Gràcies, senyor president.*

Intervengo únicamente para apoyar la moción presentada. (*La señora vicepresidenta, Andrés Prieto, ocupa la Presidencia.*)

Es cierto, hemos sido uno de los países defensores de esta directiva en el ámbito europeo. En algunas comunidades como la nuestra tenemos protocolos de actuación desde 1996, protocolos de actuación que llamamos por pinchazo accidental; medidas de seguridad de recogida de los elementos punzantes, especialmente de agujas, en las zonas de extracciones; utilización de elementos de extracción de bioseguridad; revisiones médicas y extracciones a las personas afectadas por un pinchazo accidental, como lo denominamos nosotros; búsqueda del original, es decir, del paciente del que procedía la muestra o del paciente con el que había sido posible la infección; utilización de anti-retrovirales en el caso de que el paciente tuviese sida o hepatitis, y no solo para la enfermería, sino para todo el personal sanitario. En nuestro caso, les está hablando alguien que está en el mundo del laboratorio, que es donde se producen muchos de los pinchazos accidentales, precisamente porque cada mañana se hace un número importante de extracciones tanto en el mismo laboratorio como en las distintas plantas hospitalarias. Por tanto, estamos muy concienciados respecto a la decisión de la directiva europea y que fuese, por decirlo así, de obligado cumplimiento para todos los Estados. Esperamos que el nuestro, del que precisamente procedían muchas de las presiones que se ejercieron en la Unión Europea para que esta directiva se aprobase, sea el primero en el que sea de obligado cumplimiento en todas las comunidades la utilización de medidas de bioseguridad. Nuestros profesionales sanitarios son grandes profesionales, pero necesitan protección. En este caso, la protección tiene que venir dada por las autoridades estatales, en concreto por las direcciones de los centros, que deben estar obligados a ello, aunque sean medidas más caras. Porque es cierto que en ocasiones son más caras inicialmente, aunque después resultan mucho más baratas, porque evitar una sola infección por cualquiera de estas patologías es lo suficientemente importante como para que se utilicen estas medidas de seguridad.

Por tanto, apoyaremos sin reservas esta moción.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Muchas gracias, senadora Aleixandre.

Por el Grupo Parlamentario Entesa Catalana de Progrés, tiene la palabra el senador Esquerda.

El señor ESQUERDA SEGUÉS: Muchas gracias, presidenta.

Voy a intervenir brevemente para anunciar el apoyo de nuestro grupo a esta moción. El portavoz de Senadores Nacionalistas tiene toda la razón en lo que ha dicho: uno de los puntos iniciales de esta directiva que se ha aprobado en Europa procede del Estado español y de un colectivo lo suficientemente importante dentro de la sanidad pública como es el de la enfermería.

En Cataluña no sé si se hacen las cosas tal como pretende el Grupo de Senadores Nacionalistas, pero se está trabajando desde hace muchos años, como ha dicho la senadora de Convergència i Unió. Se realizan actividades sobre bioseguridad destinadas a la prevención de las lesiones e infecciones como consecuencia de pinchazos y cortes accidentales, y estas acciones se han llevado a cabo a través de contratos de compra de servicios con los establecimientos sanitarios para la elaboración de guías de buena práctica para los servicios de prevención de riesgos laborales y mediante un registro de los pinchazos y cortes accidentales.

Estamos de acuerdo en que este tema se plantee en el Consejo Interterritorial. Allí se presentarán una serie de ideas que ya están elaboradas por el Gobierno de la Generalitat, y creo que se podrá trabajar en la misma dirección que las demás comunidades autónomas, pero nuestra intención y nuestro deseo es que esto tire para adelante y que cada comunidad autónoma cumpla este requisito y aplique la nueva directiva europea.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Andrés Prieto): Gracias, senador Esquerda.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Maestre.

La señora MAESTRE MARTÍN DE ALMAGRO: Muchas gracias, señora presidenta. (*El señor presidente ocupa la Presidencia.*)

Coincidimos en que estamos debatiendo una interesante iniciativa en la que se ha estado trabajando desde el ámbito europeo, como muy bien decía el senador proponente, gracias al impulso, al trabajo que ha promovido el presidente del Colegio Oficial de Enfermería de nuestro país, y también al liderazgo que ha ejercido el Gobierno de España durante el tiempo que ha ostentado la Presidencia de la Unión Europea para que se apruebe esta importante directiva que va a garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios.

Nos parece importante que esto se lleve a cabo cuanto antes en nuestro país, donde la tasa de exposición por cada cien trabajadores se ha incrementado entre los años 1996 y 2002 en un 58 %, en una situación en que la enfermería declara en el 43% de los accidentes percutáneos. Hay que

tener en cuenta que de cada 100 exposiciones accidentales declaradas de profesionales sanitarios, 1 de cada 10 se expone al contagio con el virus de la hepatitis C, 1 de cada 20 se expone al contagio con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con el consiguiente riesgo de contraer el sida, y 1 de cada 50 se expone al contagio con el virus de la hepatitis B. No hay que olvidar, además, que esta situación se ve agravada porque el estrés ocasionado por factores laborales también incrementa las posibilidades de accidentes por inoculaciones, y en este sentido cabe destacar que el índice de infección por hepatitis B en el personal sanitario es de un 26%, es decir, más de dos veces y media mayor que en la población en general, cuya tasa de infección es del 10%. Además, se sabe que en los lugares donde más frecuentemente se producen los pinchazos accidentales son principalmente: en la habitación del paciente, un 34%; en los quirófanos y salas de parto, un 22,9%; y en urgencias, un 11%.

Sabemos que existe una grave escasez de personal sanitario, y algunos estudios hacen pensar que una de las principales razones por las que las carreras en el sector sanitario se consideran poco atractivas son los riesgos para la salud a los que se pueden enfrentar los trabajadores diariamente. En el informe de 2004 sobre la competitividad en la Unión Europea, ya se reconocía que la escasez cada vez mayor de trabajadores en el sector sanitario constituye una preocupación especial para la Unión Europea. Por tanto, consideramos fundamental que, cuanto antes, las comunidades autónomas pongan en marcha las regulaciones necesarias para garantizar la seguridad de los profesionales y la asistencia a los pacientes. Es tan sencillo como regular que el material punzante como lancetas, jeringuillas o vías intravenosas incorporen un mecanismo que anule la aguja inmediatamente después de su uso y así evitar en más del 80% de los casos, como muy bien decía el senador Bouza, el riesgo de pinchazo accidental.

Anualmente, los profesionales sanitarios —lo dice la exposición de motivos— sufren en Europa 1 200 000 pinchazos accidentales que conllevan riesgo de transmisión de infecciones vía hemática. Sin embargo, la infradeclaración de estas exposiciones está estimada en un 60%, por lo que los accidentes reales ascenderían a muchos más casos. Estas medidas preventivas supondrían la reducción de los riesgos en un 85% y un ahorro para el Sistema Nacional de Salud de en torno al 73%, en comparación con los costes derivados de los pinchazos sufridos de forma accidental por el personal sanitario.

España fue pionera en Europa, como he dicho antes, en implantar estas medidas. En cinco comunidades ya es obligatorio emplear material sanitario de bioseguridad —jeringas, lancetas, etcétera—, que reducen casi a cero el riesgo de pinchazo accidental. Como dice la exposición de motivos, hasta el momento, cinco comunidades, Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra, ya están llevándolas a cabo, y se hace necesario que el resto de los profesionales del país tengan garantizada la misma seguridad. Además, también se hace necesario establecer programas de capacitación y de formación del personal sani-

tario en el uso del nuevo material antes del comienzo de su utilización.

También quisiera unirme a las palabras de reconocimiento por el trabajo llevado a cabo tanto por el Consejo General de Enfermería de España como por el Gobierno de la nación para que esos profesionales lo hagan con seguridad casi absoluta. Se trata de lograr un entorno laboral lo más seguro posible para los empleados del sector y proteger a los trabajadores y pacientes en peligro, prevenir las lesiones de los trabajadores provocadas por objetos médicos punzocortantes de cualquier tipo y establecer un planteamiento integrado para evaluar y prevenir los riesgos, así como informar a los trabajadores. Hay que avanzar en la aplicación de procedimientos seguros de utilización y de desecho de los instrumentos médicos cortantes y de los residuos contaminantes, así como en la supresión del uso inútil de objetos cortantes. Tenemos que seguir trabajando, tenemos que promover que en el Consejo Interterritorial el resto de las comunidades autónomas se comprometan a llevar a cabo estas necesarias medidas de seguridad en el trabajo.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la senadora Salmón.

La señora SALMÓN SAIZ: Señor presidente, señorías, no voy a ahondar en más datos, traía preparados bastantes, pero para no alargar la intervención ni repetirme he de decir, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, que vamos a apoyar esta moción porque consideramos muy importante la aplicación de esta directiva europea en todo el sistema sanitario para la prevención de pinchazos accidentales del personal sanitario.

La prevención no es uno de los fuertes de la sanidad. Cuando se crearon los servicios de medicina preventiva —lo estoy diciendo por mi propia experiencia, porque he trabajado en medicina preventiva—, en los años setenta, se desconocían mucho las vías de infección, los medios de transmisión por vía hemática. Hay otras vías, pero la hemática era entonces bastante desconocida. Costó mucho que los servicios de medicina preventiva se hicieran un lugar en los hospitales y que se declararan los accidentes biológicos, porque la mayoría del personal decía: ¿Por qué voy a ir a declararlo?, ¿para que me hagáis una analítica y una ficha de datos? ¡Si la persona con la que me pinché tenía muy buen aspecto! Seguro que no tenía nada... Ese era muchas veces el criterio del personal sanitario por desconocimiento de las vías de contagio en su vida rutinaria. Con los años, fuimos todos entrando en razón y cada vez declarábamos más casos, pero en principio las declaraciones eran aproximadamente del 50% sobre una realidad del cien por cien. Pero con el tiempo, con las medidas, con la información, con la insistencia en todos los servicios hospitalarios, esta actitud cambió, porque no piensan que solo afecta al personal sanitario. En un hospital hay otro personal, que es el personal de limpieza, los peluqueros, los

fontaneros, el personal de cocina, todas esas personas también entran en la cadena de transmisión de infecciones. Podría contar aquí un gran número de casos que nos harían retrotraernos a esos años, a los setenta, que no hace tanto. Hoy, esta directiva europea —no lo creo solo yo, según veo se ha ido transmitiendo de unos grupos a otros— viene a reforzar la idea de lo importante que es la prevención en los hospitales.

La nueva directiva obliga a los países de Europa a implantar una serie de medidas de seguridad entre las que se incluye la obligación del uso de material que lleve incorporado un mecanismo de seguridad. Hay otra parte, y es que el personal sanitario necesita que se le informe, que se le instruya en el manejo de ese material, porque si no, por las prisas, siempre nos vamos a lo más fácil. Una de las cuestiones que plantea el personal de los servicios de prevención de riesgos es que hay que adiestrar al personal para que utilice esos nuevos dispositivos de seguridad. Existen en el mercado dispositivos con mecanismos que reducen casi a cero la posibilidad de pincharse, por lo que es deseable que los sistemas sanitarios apuesten por ellos por la seguridad tanto del paciente como del profesional.

Según datos del Epinetac, programa donde se registran los accidentes biológicos, los lugares donde más frecuentemente se producen los pinchazos accidentales son, como se ha dicho, en las habitaciones de los pacientes, el 34,7%; en los quirófanos, el 22,9%; y en urgencias, un 11%. También está demostrado que en las guardias nocturnas es cuando más se accidenta el personal. ¿Por qué? Porque hay menos personal, hay cargas de trabajo, el rendimiento mental del personal es más bajo y entonces es cuando más se pincha. Existe una relación directa entre los dispositivos de seguridad y el ahorro final en el coste, y eso es algo que nos tiene que quedar muy claro. No existe justificación alguna para no apostar por una implantación en todo el Sistema Nacional de Salud, ni siquiera hay razones económicas, puesto que son ya numerosas las compañías que tienen este tipo de productos. Esto en sí no es un razonamiento justo, porque lo que está en juego es nuestra seguridad y nuestra salud. Pero desgraciadamente, en algunos casos, para los gestores lo que pesa es el coste económico y a veces no se le da a la seguridad la importancia que tiene para evitar los accidentes por vía hemática. En este sentido, como indican los estudios realizados por expertos del Consejo General de Enfermería, la aplicación con carácter general de las medidas preventivas para evitar este tipo de accidentes supondría la reducción de los riesgos en un 85% y un ahorro para el sistema sanitario en torno al 73%, frente a los costes que se derivan de los pinchazos de forma accidental del personal sanitario.

El sector sanitario es uno de los que más empleo ofrece en Europa y las agujas representan un riesgo real para los trabajadores en relación con las lesiones y el aumento de las infecciones que ponen en peligro la vida, como el VIH y la hepatitis. Esta directiva transforma en ley un acuerdo marco sobre la prevención de pinchazos accidentales en sectores hospitalarios y sanitarios, firmado en julio de 2009

por la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos, EPSU, y la Asociación Europea de Empleadores del Sector Hospitalario y Sanitario, Hospeem. El objetivo consiste en lograr un entorno laboral lo más seguro posible para los empleados del sector y proteger a los trabajadores y pacientes del peligro, prevenir lesiones a los trabajadores provocadas por material sanitario punzocortante de cualquier tipo, incluidas las agujas, y establecer un planteamiento integrado para evaluar y prevenir los riesgos, así como formar e informar a los trabajadores. Esto queda perfectamente aclarado en los tres puntos. También es importantísima la recogida de los datos, que no es todo lo fiel que debiera de ser para mejorar la formación, como he apuntado antes, del personal, para que no opten por utilizar el material de siempre sino el que está garantizado, y luego la calidad del material, que también es otro de los problemas que nos transmiten las personas que lo manejan.

Quiero agradecer al Grupo de Senadores Nacionalistas que haya presentado esta iniciativa, creo que es un momento muy oportuno porque sirve para reforzar la aplicación de esta directiva, y esperemos que en un plazo de tiempo lo más breve posible su aplicación se haga efectiva en toda la sanidad pública, en todo el territorio nacional, y se aplique con las medidas de seguridad que implica esta directiva.

Muchas gracias.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH). (661/000650)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Pasamos a la quinta y última moción, por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH. El autor es el Grupo Parlamentario Popular y tiene la palabra el senador Aguirre.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Gracias, señor presidente.

Señorías, hace pocos días, en esta Comisión de Sanidad y Política Social intervino don Fulgencio Madrid como presidente de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. A todos se nos envió por correo electrónico la intervención del presidente y los fundamentos de la exposición que realizó, y creo que su comparecencia fue lo suficientemente clara, contundente y convincente para que todos los grupos políticos apoyemos esta moción en beneficio de este gran número de pacientes y sus familiares.

El tratamiento del déficit de atención con hiperactividad, llamado TDAH, es un síndrome conductual con base neurobiológica y un fuerte componente genético. La carga genética explica el 80% de probabilidades de sufrir esta

patología, añadiendo en muchas ocasiones la posible causa de complicaciones prenatales, perinatales y posnatales, existiendo actualmente —y lo remarco— suficientes evidencias científicas para rechazar contundentemente cualquier tipo de especulación sobre el carácter inventado de la TDAH. La TDAH, como he dicho, es un trastorno de origen neurobiológico de inicio en edad infantil y cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuente de consulta debido a las enormes consecuencias en los diferentes aspectos de la vida del paciente. Las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de la persona afectada hace que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años.

Este trastorno crónico de origen neurológico y con base genética es emergente y muy prevalente y, según las estimaciones, afecta entre un 5% y un 10% de la población infantojuvenil, siendo unas tres veces más frecuente en varones, con un carácter crónico. Esta cronicidad llega hasta la edad adulta entre un 50% y un 60%, estando la prevalencia en adultos entre un 3% y un 4% en general. Asimismo, debe señalarse la alta presencia de otros trastornos comórbidos o asociados, tanto en la edad adulta como en la infancia o adolescencia.

He sacado la información de la guía de práctica clínica de trastornos de hiperactividad y atención, TDAH, en niños y adolescentes, una guía de práctica clínica hecha por psiquiatras, psicólogos clínicos, neuropediatras, neuropedagogos, neuropsicólogos, etcétera, elaborada, que no publicada, por el Ministerio de Sanidad y Política Social como guía de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud y editada por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Esta guía recoge el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y para seleccionar la opción diagnóstica y terapéutica de esta patología. Esta guía de práctica clínica es una ayuda en la toma de decisiones en la atención sanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. En ella es importantísimo el diagnóstico. Para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes se recomienda emplear los criterios diagnósticos reconocidos internacionalmente, como puede ser el DSM-IV o la CIE-10.

El diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico. La sintomatología de este síndrome se manifiesta generalmente en un aumento de actividad impulsiva y en la falta de atención, siendo en consecuencia la causa más importante del fracaso escolar y de problemas sociales de la población infantojuvenil, donde se incluyen trastornos de conducta, comisión de posibles infracciones penales, etcétera. En la etapa adulta, ya que tiene gran prevalencia, puede llevar a trastornos de adaptación desde el punto de vista social, como consumo de drogas, accidentes de tráfico, etcétera, luego es una patología bastante importante.

El diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes debe realizarse —y esto es muy importante— por un facultati-

vo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico de la TDAH y sus comorbilidades más frecuentes. El diagnóstico se hace después de exploración neuropsicológica, neuropsicopedagógica y actualmente, gracias a las nuevas innovaciones farmacéuticas, se recomienda un tratamiento farmacológico con dos productos, Metilfenidato y Atomoxetina, en niños y adolescentes, y está demostrada su eficacia y su seguridad. Luego el tratamiento farmacológico y conductual puede considerarse de primera elección en todos estos niños con trastorno de TDAH.

El problema del tratamiento farmacológico es el alto coste que tiene, teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica y que muchas veces hay varios pacientes afectados dentro de la propia familia. De ahí la importancia de facilitar la accesibilidad a los tratamientos abaratando el coste. ¿Cómo? Considerándolo como otras muchas patologías como hipertensión, diabetes, trastornos cardíacos, que al estar consideradas como patologías crónicas los medicamentos que sirven para tratar esa patología tienen una aportación reducida dentro del Sistema Nacional de Salud.

Resumiendo, en el tratamiento actual del TDAH es muy importante el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, la terapia familiar, la reeducación pedagógica y, sobre todo, el tratamiento farmacológico, muy eficaz para esta patología pero cuyo coste supone una grave merma económica para familiares y para los propios pacientes adultos, dificultando la accesibilidad a los medicamentos y la adherencia al tratamiento prescrito para estos pacientes con TDAH.

Espero el apoyo de sus señorías a la moción que presenta el Grupo Popular.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

A esta moción se han presentado dos enmiendas, una por el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió y otra por el Grupo Parlamentario Socialista.

Por el Grupo Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra la senadora Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: Gracias, *senyor president*.

Como expresamos el otro día, apoyaremos la iniciativa presentada. Nos hubiese gustado que la moción hubiese sido pactada desde su inicio directamente con todos los grupos. Creo que podríamos haber llegado a presentar una proposición conjunta de esta moción. Por ello, hemos hecho una pequeña matización a la moción formulada por el Grupo Popular que nos parece perfectamente aceptable.

El TDAH no es una nueva enfermedad, es un nuevo diagnóstico en una patología existente, y por primera vez —y esto sí es novedad— tiene tratamiento. Un tratamiento caro, es cierto, un tratamiento doble, un tratamiento farmacológico y psicológico a la vez, y eso hace que sea doblemente caro. Por eso precisamente los afectados, que ya empiezan a conocer la patología y el diagnóstico, necesitan que la sociedad les apoye. Es una enfermedad de la que ahora ya conocemos su carácter genético y congénito.

Todos sabíamos que había un carácter genético, sabíamos que los hijos que tenían este carácter —como decían nuestros ancestros, porque en un principio no era patología— eran como su padre o como su madre. Lo bueno que hemos hecho es que hemos identificado el gen asociado a este trastorno, y la farmacología nos está ayudando a que esta patología no suponga que estos pacientes sean separados de forma injusta de la sociedad. Por eso nosotros apoyaremos la moción. Solo pretendemos hacer énfasis en el diagnóstico. ¿Por qué en el diagnóstico? Ya lo dije el otro día, porque niños movidos hay muchos y hay que diferenciar perfectamente en una sociedad donde es muy fácil mandar al médico al niño que tiene problemas en la familia en lugar de educarlo mejor o sencillamente ver cuál es el problema y si es debido a esta patología. Por tanto, hacemos énfasis en que el diagnóstico se haga por profesionales competentes, preferentemente neuropsiquiatras, que creemos que son las personas que deben diagnosticarlo. Nada más. Es para aumentar la protección de los niños y evitar en muchas ocasiones que niños con algunos de los síntomas que son perfectamente definitorios de esta patología sean etiquetados con una patología que no es real. Niños movidos, niños con incapacidad para atender porque sencillamente su forma de ser es distinta no tienen por qué ser niños con TDAH.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Para defender la enmienda presentada por el Grupo Socialista tiene la palabra la senadora Andrés.

La señora ANDRÉS PRIETO: Gracias, presidente.

Nosotros hemos presentado esta enmienda porque no estábamos de acuerdo con varios puntos de la moción presentada por el Grupo Popular. Independientemente de que en el fondo de la cuestión, y como bien ha dicho el senador Aguirre, estemos de acuerdo en la exposición que hizo don Fulgencio Madrid y con el fondo de lo que se pide, creemos que tenemos que ser más serios que todo eso y cuando pidamos algo hacerlo con el rigor que procede.

En el punto primero de nuestra enmienda pretendemos sustituir los puntos tercero y cuarto de la moción del Grupo Popular. Estamos de acuerdo en que la prioridad en el tratamiento de este trastorno, como bien dijo el señor Madrid, tiene que pasar por el diagnóstico precoz. Estamos totalmente de acuerdo, como ha mencionado también el senador Aguirre, en que la guía de práctica clínica elaborada por el ministerio, en la que participaron activamente asociaciones y colegios profesionales afectados, sirve de apoyo para el diagnóstico precoz tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Por tanto, pedimos que se publique, que se difunda la guía a todas las comunidades autónomas que tienen competencias.

Aquí vamos ya a los puntos tercero y cuarto de la moción del Grupo Popular, en los que piden un aumento de dotación de medios económicos y humanos, tanto para el ámbito sanitario como para el educativo. Tenemos que recordar de nuevo que en el ámbito sanitario las compe-

tencias están transferidas, que la transferencia está concluida y que la gestión de la atención es competencia de las comunidades autónomas. Todo el dinero está bien y pedir no da en quiebra, como dicen por mi tierra, pero es verdad que no podemos estar bajando los impuestos y haciendo políticas populistas para quedar bien con los ciudadanos y luego querer ofrecer mayores servicios a costa de quien sí asume su responsabilidad para poder ofrecer mejores servicios.

En cuanto a las competencias en educación, qué les voy a decir. No es una competencia nueva, es que la Ley de Educación de 2006 ya establece que aquel alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria por presentar necesidades educativas especiales —como en este caso esta— tiene que ser tratado de manera diferente. Y este capítulo determina que corresponde a la Administración educativa identificar tempranamente las necesidades específicas. Es decir, que son las comunidades autónomas, que tienen competencias en sanidad y en educación, las que deben priorizar este tema.

Con respecto al primer punto, a la inclusión de los fármacos indicados en el tratamiento específico, el señor Aguirre ha dado una serie de argumentos, pero ustedes saben que la base legal está fijada por un real decreto de 2003 que tiene un anexo. En 2003 el Rubifén ya se comercializaba y se distribuía como tratamiento para el TDAH y el Grupo Popular no consideró incluirlo ese año entre los medicamentos de aportación reducida. Los usos terapéuticos del Rubifén no han cambiado, no se han modificado. ¿Tenemos que modificar el real decreto? Igual hay que hacer esa propuesta, igual hay que modificar el real decreto para que el Rubifén pueda incluirse, pero es verdad —y aquí queda una esperanza para los familiares— que con respecto al Concerta, que se utiliza cuando el tema de la hiperactividad pasa a la edad adulta, se está estudiando en este momento la autorización por la Agencia del Medicamento y se verá desde el ministerio, una vez que se estudie y se dé la autorización, cómo se va a dispensar ese medicamento y qué financiación va a tener. Por lo tanto, queda esa lucha por parte del ministerio para que se pueda incluir entre los medicamentos de aportación reducida, que es cuando se demuestra la cronicidad de este trastorno.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Una vez presentadas y defendidas las enmiendas, tiene la palabra el senador Aguirre para aceptarlas o rechazarlas.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Gracias, señor presidente.

Empezaré con la enmienda presentada por el Grupo Catalán de Convergència i Unió, a cuya senadora agradezco, ya que aporta algo que nos preocupa a todos, y es que lo mismo que para otras patologías como la diabetes hay una analítica específica y para la hipertensión hay un control específico, para la TDAH no hay nada patognomónico, no hay ningún síntoma que sea estrictamente patognomónico para saber de forma fehaciente que se padece esa patología. De ahí la importancia, ya que se hace un diag-

nóstico clínico, de que el médico que hace el diagnóstico tenga suficientes habilidades y conocimientos de esa patología para hacer un diagnóstico claro y certero. De ahí que la enmienda presentada por el Grupo Catalán de Convergència i Unió sea muy oportuna e implemente la propuesta de moción del Grupo Popular.

En cuanto a la enmienda de sustitución del Grupo Socialista, que tan bien ha defendido mi compañera Andrés, no aporta nada nuevo. Claro que estamos de acuerdo en que hay competencias de las comunidades autónomas, por eso se nombra al Consejo Interterritorial, para que negocie ese tipo de competencias con las comunidades autónomas. Estoy de acuerdo con usted en que debería de extenderse la guía de práctica clínica, pero tendría que publicarla o el Ministerio de Ciencia e Innovación, que es el que se comprometió a hacerlo, o el de Sanidad, lo que pasa es que están ahora mismo en *stand by*.

Con respecto al Rubifén, las sales de oro se empezaron a utilizar como tratamiento para el TDAH. Para niños son tres dosis al día, no es como el Tamoxifeno, que es una única dosis al día. Darles ese tratamiento en el colegio teniendo en cuenta las restricciones de los colegios para administrar medicamentos era complicado. Además, hemos progresado adecuadamente en lo que a tratamientos farmacológicos se refiere. Los tratamientos actuales son mucho más efectivos desde el punto de vista farmacológico que el Rubifén, que está obsoleto. El Tamoxifeno se dispensa con prescripción y con un visado especial, y si se hace con visado especial es absurdo que no tenga el punto negro como el resto de medicamentos para tratamientos crónicos. Hay comunidades autónomas como Extremadura, gobernadas en este caso por el Partido Socialista, donde efectivamente estos tratamientos para TDAH en pediatría se dan al cien por cien, están totalmente subvencionados. Es decir, cada comunidad autónoma está actuando de forma aislada. Lo que pedimos es que el Ministerio de Sanidad coordine a las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial, con respecto a estos puntos. Pienso que es lo lógico y por ello espero que se corrija y apoye la moción presentada por el Grupo Popular.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Aguirre.

Si no he entendido mal, ¿acepta la enmienda del Grupo de Convergència i Unió y rechaza la del Grupo Socialista? (*Asentimiento*.) Queda constancia de ello.

Vamos a pasar al turno de portavoces. En primer lugar, tiene la palabra el senador Pérez Bouza por el Grupo de Senadores Nacionalistas.

El señor PÉREZ BOUZA: Gracias, presidente.

Yo no voy a hablar de la patología sobre la que se presenta esta moción porque ya se ha hecho de manera clara por el senador Aguirre y por la senadora Aleixandre. Ha quedado suficientemente explicado que estamos hablando de un trastorno importante, crónico, que tiene unas repercusiones muy claras tanto en quien lo padece como en la

propia familia, que el tratamiento farmacológico y psicológico es un tratamiento caro, y lo que hay que debatir aquí es si consideramos que ese tratamiento debe ser asumido por el conjunto de la sociedad, por tanto, por las administraciones públicas, o debe soportarlo el que padece este trastorno. Evidentemente, creo que debe soportarlo la sociedad, la Administración, y se debe hacer un esfuerzo a la hora de priorizar el gasto en apoyar a este tipo de pacientes y, por tanto, facilitarles la vida, que ya bastante se la complica el propio trastorno que padecen.

Por tanto, desde ese punto de vista, me parece perfecta la moción del Grupo Popular, pero tiene razón la senadora Andrés en que el Grupo Popular, cuando hace estas peticiones, sistemáticamente cae en una incongruencia importante, porque los recursos son limitados, más aún en un momento de crisis económica, y por tanto no es demasiado congruente pedir que se asuman determinados costes por parte de las administraciones, que son perfectamente razonables, y al mismo tiempo estar pidiendo sistemáticamente que se ahorre. Si yo estuviera ahora en la Comisión de Economía tendría que estar votando en contra de una moción que pide rebajas fiscales, rebajas en el IRPF, rebajas en el impuesto de sociedades, etcétera. Ya me explicarán ustedes algún día cómo se consigue rebajar impuestos y al mismo tiempo aumentar los ingresos del Estado.

Por lo tanto, vamos a apoyar esta moción porque nos parece absolutamente justa, razonable en sus términos, mejorada con la enmienda del Grupo de Convergència i Unió, pero dejando claro que hay determinadas cuestiones que son competencia de las comunidades autónomas. Aquí se hace mención al Consejo Interterritorial y por eso no hago ninguna objeción, porque se trata, igual que en la moción anterior, de que el ministerio coordine e impulse políticas que se puedan aplicar de igual forma en todos los territorios, pero es cierto que son las comunidades autónomas las que priorizan dónde quieren gastar su dinero, y hay comunidades autónomas como es el caso de Extremadura, gobernada por una fuerza política progresista, que prioriza gastar su dinero apoyando estos tratamientos, y hay comunidades autónomas como la de Galicia que prioriza invertir el dinero público en construir hospitales con fórmulas que nos van a salir tres veces más caros que si se construyeran por la fórmula de inversión pública directa, como estaba proyectado en un primer momento. Y hablo, para los que no son de Galicia, del Hospital de Vigo, tres veces más caro con la fórmula que escoge el Partido Popular.

Por lo tanto, es una cuestión de priorizar dónde invertimos, y si es en esta línea, a mí me parece bien y por eso apoyaremos esta moción del Grupo Parlamentario Popular.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador.

Por el Grupo Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra la senadora Aleixandre.

La señora ALEIXANDRE I CERAROLS: *Gràcies, president.*

En primer lugar quiero dar las gracias al Grupo Popular por haber aceptado nuestra enmienda, que incluye precisa-

mente una de las principales obsesiones de quien les habla, que el diagnóstico sea totalmente correcto y realizado por especialistas, más cuando no existe ningún medio in vitro ni diagnóstico por la imagen en estos momentos, aunque quizá dentro de poco lo haya. (*La señora vicepresidenta, De Aragón Amunarriz, ocupa la Presidencia.*)

Estoy de acuerdo con el senador Pérez Bouza en que tenemos que tener cuidado con lo que hacemos en el mundo sanitario. Estamos pidiendo continuamente la ampliación de algunas de las prestaciones y al mismo tiempo estamos diciendo que tenemos problemas con la gestión de los recursos atribuidos a sanidad. Es cierto que el sistema sanitario va a tener problemas en los próximos años, problemas de financiación que ya tienen la mayoría de las comunidades, y tenemos que replantearnos a fondo qué vamos a hacer en el sistema sanitario, cómo vamos a gestionarlo, quién y de qué manera. Pero en este caso es un análisis mucho más profundo no directamente relacionado con algo tan nimio como puede ser que unos medicamentos entren de una forma distinta a la que están en nuestro catálogo de prestaciones. Se trataría de revisar todos los medicamentos que hay y mirar si están justa o injustamente, cuáles están, en qué condiciones, cuáles necesitan prestaciones, en qué condiciones se dan las prestaciones etcétera. Creo que es un tema mucho más profundo que lo que estamos proponiendo hasta hoy.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (De Aragón Amunarriz): Gracias, señoría.

Por el Grupo Entesa Catalana de Progrés tiene la palabra su portavoz, el senador Esquerda.

El señor ESQUERDA SEGUÉS: Muchas gracias, presidenta.

Cuando el día 7 de octubre vino don Fulgencio Madrid a la comisión a explicarnos todo lo que sabía sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH, nos informó de muchas cosas que les puedo confesar que este senador desconocía. Había oído hablar de la enfermedad, había oído hablar de los síntomas de niños y niñas básicamente, no de gente mayor, pero evidentemente fue una concienciación importante sobre esta enfermedad. Cuando te encuentras con personas que padecen este trastorno, que son niños o personas muy jóvenes y el diagnosticar este tipo de enfermedad es tan complicado, cuando su curación es imposible, no se cura —así nos lo explicaron—, pero su tratamiento es complejo y no solo es un tratamiento médico, sino que intervienen otros muchos factores psicosociales, educativos y de índole personal, uno cree que realmente merece la pena dar un paso al frente y apoyar el tratamiento, la detección y todo lo concerniente a esta enfermedad. En este sentido va a ir nuestro voto, que va a ser favorable a la moción. Pero tenemos una especie de espina clavada porque esta moción no la podemos aprobar todos los grupos, según lo manifestado hasta ahora. Nos habría gustado muchísimo que hubiese sido aprobado por todos los grupos, porque realmente afecta a toda la pobla-

ción, es decir, cualesquiera de nosotros, de nuestros hijos, de nuestros parientes pueden tener hijos que tengan esta enfermedad. Por tanto, es una enfermedad difícil, una enfermedad que hace pocos años que está en el mercado —entre comillas—, y merecería la pena que tuviera un apoyo unánime, como ha pasado en otras ocasiones en esta comisión y en el Pleno del Senado.

Yo estaría dispuesto —ya sé que es muy difícil y que no se hace nunca— a que se retirase esta moción para intentar llegar a un consenso entre todas las fuerzas políticas. Yo voy a votar favorablemente si la moción se presenta a votación, pero si se pudiera hacer esto, me encantaría y pediría a los dos partidos que no están de acuerdo en esta cuestión que lo dilucidaran. Dicho esto, termino reiterando mi apoyo a la moción presentada.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (De Aragón Amunarriz): Gracias, señoría.

Por el Grupo Socialista tiene la palabra su portavoz, la senadora Andrés.

La señora ANDRÉS PRIETO: Muchas gracias, señora presidenta. (*El señor presidente ocupa la Presidencia.*)

Quiero agradecer el apoyo a ciertos argumentos aportados por esta portavoz a la hora de defender la postura del Grupo Socialista por algún portavoz de otro grupo parlamentario, porque en ningún caso nos gustaría que la falta de apoyo a la moción de este grupo se manipulara en función de unos u otros intereses. Este grupo ha estado en contacto con don Fulgencio Madrid después de su intervención en esta comisión, este grupo le ha transmitido la postura que íbamos a mantener, incluso le ha transmitido la moción del Grupo Popular, y vamos con la verdad por delante porque tenemos muy claro lo que la moción significa y lo que nosotros en el fondo queremos.

Somos conscientes de la problemática que tienen muchas familias cuando quieren acceder a estos tratamientos y nos duele profundamente que en función de los recursos económicos pueda haber una diferenciación en el acceso a un derecho fundamental como es el derecho a la salud. Somos conscientes también de que existe una normativa legal, un real decreto que quizá haya que revisar y modificar y quizá haya que ponerse de acuerdo dentro del Consejo Interterritorial de Salud para ver si aquellos medicamentos de aportación reducida que se establecieron en su día y que siguen aportándose en el sistema son justos, por decirlo de alguna manera, somos conscientes de que hay que hacer ese trabajo. Ustedes dicen, don Jesús, que piden al ministerio que coordine, y yo le digo que no, que lo que piden al ministerio es que pague. Quien pide al ministerio que coordine somos nosotros en el tercer punto de la moción. Ustedes piden al ministerio que pague, pero nosotros pedimos que en el seno del consejo interterritorial se estudien los accesos a esos medicamentos, porque es verdad que nos preocupa a todos, pero solo la Junta de Extremadura paga la diferencia de lo que debería ser un medicamento de aportación reducida. Nos preocupa a

todos, pero a unos más que a otros, y unos priorizan sus políticas en función de lo que las priorizan, como ha dicho el señor Pérez Bouza. Por lo tanto, podemos recoger el guante que nos ha tendido el portavoz del Grupo Entesa Catalana, aunque le toca lógicamente al grupo que ha propuesto la moción. Estamos ilusionados y trabajando con el ministerio para ver por dónde va el tema del Concerta en esa autorización y su futura dispensación y financiación, en ello estamos y a ello nos dedicamos.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Aguirre.

El señor AGUIRRE MUÑOZ: Gracias, señor presidente.

En primer lugar quiero agradecer a todos los intervinientes su postura y que hayan ido aportando información muy positiva sobre una patología que hasta hace muy poco muchos, sobre todo los que no eran profesionales, veían muy lejana, en el caso de que la conocieran, porque no se veía con la frecuencia o la incidencia que tiene actualmente.

Todos somos conscientes de que los recursos son limitados, pero también somos todos conscientes de más cosas. La portavoz del Grupo Socialista ha hablado del Real Decreto para la aportación reducida. Usted sabe que la Agencia Española del Medicamento está continuamente quitando o incluyendo medicamentos en punto negro de aportación reducida y no hay que hacer ningún decreto, hay que tener la voluntad de saber que es una patología crónica, que hay un bien social con respecto a coste/beneficio, que está afectando a un número importante de la población y que puede provocar una falta de adherencia al tratamiento en el caso de que no pase a un punto negro de aportación reducida. Luego la Agencia Española del Medicamento tiene que tener una voluntad política para sumar determinados medicamentos para esa patología a un punto negro, dentro del coste de aportación reducida.

Todos hemos hablado de que en momentos de crisis es complicado forzar a las comunidades autónomas a que inviertan hacia un lado o hacia otro. El señor Pérez Bouza —que creo que no está ahora mismo— ha dicho que en la comunidad gallega el Partido Popular invierte en construir hospitales de una forma no eficiente. Discrepo totalmente, al contrario, es muy eficiente, se optimizan los recursos de unos y otros, igual que está haciendo el ministro Blanco a la hora de construir carreteras, utilizando fórmulas público-privadas, y no pasa absolutamente nada, son eficientes. Pero ese no es el tema, estamos hablando de la patología de unos pacientes determinados y de que es muy importante que los medicamentos tengan una aportación reducida, además de que se produzca un abordaje desde el punto de vista de la sanidad, de la educación, psicológico, en las escuelas, etcétera. De ahí que mantengamos la moción esperando el apoyo de todos los grupos a la hora de su votación.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señoría.

Con el fin de ordenar las votaciones, se suspende la sesión un par de minutos. *(Pausa.)*

Señorías, vamos a pasar a la votación de las mociones.

En primer lugar vamos a votar la moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la prescripción de la denominada píldora del día después, junto con la enmienda introducida por el Grupo Parlamentario de CiU.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 12.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

La siguiente moción es aquella por la que se insta al Gobierno a que incluya en las bases de los concursos de los programas de viajes para mayores una cláusula que garantice la accesibilidad a las personas con discapacidad a los medios de transporte y los establecimientos hoteleros. Esta moción se va a votar con la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada por unanimidad.

Votamos en sus propios términos la tercera moción, por la que se insta al Gobierno a adoptar un acuerdo unánime de apoyo institucional al Día Mundial de la Diabetes, de cara a su próxima celebración el día 14 de noviembre de 2010.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada por unanimidad.

Votamos en sus propios términos la cuarta moción, por la que se insta al Gobierno a impulsar en el seno del Consejo Interterritorial de Salud un acuerdo para que las comunidades autónomas se comprometan a implantar en sus respectivos servicios de salud medidas de bioseguridad destinadas a prevenir lesiones e infecciones en los trabajadores sanitarios como consecuencia de pinchazos y cortes accidentales.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada por unanimidad.

Quinta y última moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH. Votamos esta moción junto con la enmienda del Convergència i Unió.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 10.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada la moción. Se levanta la sesión.

Eran las trece horas y diez minutos.