

*Propuesta alternativa sobre
residuos sanitarios en Castilla y León*

Federación Regional de Sanidad de CC.OO.
Federación de Sanidad de C.G.T.
Ecologistas en Acción
Federación Regional de Sanidad de U.G.T.

INDICE.

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS GENERALES
 - 2.1. Clarificación de una normativa fragmentada y ambigua
 - 2.2. La evolución en la consideración y gestión de los residuos sanitarios
3. LA SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN
 - 3.1. La situación previa a la regulación autonómica
 - 3.2. El Decreto de Ordenación de los Residuos Sanitarios
 - 3.3. La situación actual de los residuos sanitarios
 - 3.3.a. Una insuficiente información sobre las cantidades y la caracterización de los desechos
 - 3.3.b. La pobre materialización de los Planes Internos de Gestión de los Residuos
 - 3.3.c. El pliegue a los intereses de la industria del residuo: hacia una gestión externa, comercial y centralizada
4. UNA PROPUESTA ABIERTA PARA CASTILLA Y LEÓN
 - 4.1. Propuestas para materializar el principio de prevención: auditorías ambientales y planes de prevención
 - 4.2. Propuestas sobre Gestión Avanzada: tratamiento intracentro de los residuos biopeligrosos
 - 4.3. Propuestas sobre información, formación y participación de los trabajadores y usuarios

1. INTRODUCCIÓN.

En los últimos tres años se han sucedido en Castilla y León una serie de acontecimientos relacionados con la regulación y gestión de los residuos sanitarios que, más allá de la discreta entidad que aparenta este problema

en relación a los generados por otros tipos de residuos (municipales, peligrosos, radiactivos), lo ha colocado frecuentemente en primera plana de las crónicas ambientales y de la conflictividad social, a nivel local y, en ocasiones, incluso regional.

Las muy ocasionales protestas originadas por el sistema tradicional de “gestión” aplicado por los hospitales de la Comunidad Autónoma, la incineración, se han visto de repente amplificadas precisamente cuando políticamente se opta desde la Junta de Castilla y León -con notable acierto medioambiental- por la sustitución de este polémico y muy contaminante procedimiento de tratamiento. Otras líneas interesantes de la política autonómica en la materia que se intentan aplicar en Castilla y León son la adecuada clasificación de los residuos sanitarios de acuerdo a criterios científicos, y la consideración de la desinfección y/o esterilización en autoclave como sistema para el tratamiento de la fracción infecciosa, en lugar de la mencionada incineración.

Sin embargo, la sustancial mejora en el enfoque y en la regulación del problema ha desembocado, paradójicamente, en un incremento de la inquietud social hacia el mismo, que en algunos casos ha provocado auténticos conflictos traumáticos para la normal convivencia en ciertas localidades de la región; la polémica que ha acompañado la apertura y el cierre de la planta de tratamiento de la empresa SOCAMEX en Toro (Zamora) es el ejemplo más conocido, aunque no el único, relacionado con la nueva política autonómica en la materia.

En el fondo de estos conflictos sociales, nos encontramos -como casi siempre en el campo de los residuos- con una muy torpe política de implantación de un modelo de gestión centralizada, de carácter comercial, basado en la construcción a toda costa de infraestructuras de tratamiento de los residuos externas a los centros que los producen, en este caso los hospitales. La falta de participación de los colectivos sanitarios, de usuarios, vecinales y ecologistas en todo el proceso -desde la elaboración de la norma hasta su implantación práctica- explican el resto.

No obstante, pensamos que en Castilla y León aún se está a tiempo para, aprovechando en esencia la normativa existente, modificar el sistema de gestión planteado en atención a dos principios claves en toda política de residuos -y también de salud-: la prevención y el cumplimiento de las responsabilidades que competen a los productores del residuo no sólo en la clasificación, sino también -hasta donde sea posible- en la gestión del mismo. A lo largo de las siguientes páginas pretendemos, de manera clara y breve, incidir en la explicación de los aspectos enunciados, así como

contribuir a la resolución de la problemática de los residuos sanitarios en Castilla y León con una propuesta abierta a la discusión.

Marzo de 1999

2. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS GENERALES.

2.1. Clarificación de una normativa fragmentada y ambigua.

Una de las primeras dificultades que nos encontramos en materia de residuos sanitarios es la ausencia de una definición y una regulación específica de los mismos, a nivel estatal y de la Unión Europea. Si bien parece evidente que se pueden conceptualizar como residuos sanitarios todos los “residuos sólidos, incluyendo líquidos o gases contenidos en envases, producidos en un centro sanitario”¹, esta carencia legal ha introducido un elemento de confusión sobre su naturaleza. La *Ley 42/1975, de 19 de noviembre, sobre Desechos y Residuos Sólidos Urbanos* incluía dentro de su ámbito de aplicación a los “residuos sólidos producidos como consecuencia de actividades sanitarias en hospitales, clínicas y ambulatorios”; por su parte, la *Ley 20/1986, de 14 de mayo, sobre Residuos Tóxicos y Peligrosos* consideraba como tales a los “residuos de hospitales o de otras actividades médicas” siempre que contengan en su composición, en cantidades que representen un riesgo para la salud humana, los recursos naturales y/o el medio ambiente, “compuestos farmacéuticos o veterinarios”, no incluyéndose aquí las sustancias infecciosas.

Estas dos leyes, que han inspirado la legislación específica de Castilla y León en la materia, han sido recientemente derogadas por la *Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos*, que en su artículo 3.c. define como residuos

¹Definición tomada de “*Los residuos sanitarios. Prevención de su generación y gestión*”. Coordinadora de Organizaciones de Defensa Ambiental (CODA). Comisión de Residuos, 1994. La normativa de la Comunidad de Castilla y León es aún más amplia en el concepto, al incluir en el mismo cualquier sustancia líquida o gaseosa generada por actividades sanitarias, independientemente de que esté o no contenida en recipientes; se extendería la definición así a las emisiones a la atmósfera y a los vertidos al alcantarillado.

peligrosos “aquellos que figuren en el *Real Decreto 952/1997*, así como los recipientes y envases que los hayan contenido”. También incluye “los que hayan sido calificados como peligrosos por la normativa comunitaria”. El *Real Decreto 952/1997, de 20 de junio, por el que se modifica el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos*, tardía transposición de la *Directiva 91/689/CEE, de 12 de diciembre, sobre Residuos Peligrosos* -que deroga la *Directiva 78/319/CEE, de 20 de marzo, sobre Residuos Tóxicos y Peligrosos*- considera así “las sustancias anatómicas: residuos hospitalarios u otros residuos clínicos” y los “productos farmacéuticos, medicamentos, productos veterinarios” en atención a su constitución respectivamente por “sustancias infecciosas” y “compuestos farmacéuticos y veterinarios”, y a sus características como residuos nocivos, tóxicos o infecciosos, entre otras.

El Anexo 2 del citado Decreto recoge la Lista de residuos peligrosos aprobada por la *Decisión 94/1904/CE, del Consejo, de 22 de diciembre*, entre los cuales se encuentran dentro del Grupo 18 -“residuos de servicios médicos o veterinarios y/o de investigación asociada”- las sustancias infecciosas (códigos 180103 y 180202 “residuos cuya recogida y eliminación es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones”) y los productos veterinarios desechados (código 180204 “productos químicos desechados”), sin que, incomprensiblemente, se hayan incluido los productos farmacéuticos desechados (código 180105).

El resto de los residuos sanitarios, a falta de una normativa comunitaria o estatal específica, estarían conceptuados en principio -a falta de regulación autonómica- como residuos urbanos según la definición de la *Ley 10/1998*. El Catálogo Europeo de Residuos (CER), aprobado por *Decisión 94/3/CE, de la Comisión, de 20 de diciembre de 1993* y publicado en España por *Resolución de 17 de noviembre de 1998 de la Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental*, clasifica dentro del citado Grupo 18 tanto los residuos sanitarios que podrían ser asimilables a urbanos (códigos 180104 y 180203 “residuos cuya recogida y eliminación no es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones”) como los residuos cortantes o punzantes (códigos 180101 y 180201 “objetos cortantes”) y un nuevo tipo de residuos “traumáticos” por motivos éticos o psicológicos (código 180102 “restos anatómicos y órganos incluyendo bolsas y bancos de sangre”).

La consideración de los desechos sanitarios como residuos urbanos o como residuos peligrosos no es, lógicamente, baladí; aparte de la diferente conceptualización legal de ambas categorías, en el primer caso la responsabilidad de la gestión compete a los Ayuntamientos, mientras en el segundo corresponde a los productores -en nuestro caso, los centros

sanitarios-. Además, las instalaciones de tratamiento de los residuos tóxicos y peligrosos están sujetas a Evaluación de Impacto Ambiental según el *Real Decreto 1131/1988, de 30 de septiembre, que aprueba el Reglamento de Evaluación de Impacto Ambiental*.

En definitiva, las disposiciones legales básicas señalan un elemento fundamental para afrontar correctamente la problemática de los residuos sanitarios: su heterogeneidad y la distinta consideración que merecen según su clasificación respectivamente como residuos urbanos o peligrosos. No obstante la falta inicial de clarificación en la materia, la nueva normativa estatal sobre residuos permite concluir en que, claramente², dentro de los residuos sanitarios una parte -los farmacéuticos, veterinarios e infecciosos, a groso modo- debe caracterizarse como Residuos Peligrosos, mientras el resto sería asimilable a Residuos Urbanos, si bien la normativa autonómica de desarrollo puede introducir mayor precisión. Ambas fracciones están lógicamente sujetas a unas disposiciones diferentes. Objeto de regulación específica son los radiactivos, que no abordaremos en este documento.

2.2. La evolución en la consideración y gestión de los residuos sanitarios.

Como comenta J. Cabasés³ “algunos sectores sociales mantienen la creencia de que todos los residuos en contacto con un paciente, o con líquidos biológicos, son infecciosos, y como consecuencia deben segregarse y gestionarse de forma diferente a los residuos sólidos urbanos. Y si no están seguros, siempre *por si acaso*”. Este criterio, conocido como “Precauciones Universales”, ha sido el predominante en nuestro país hasta el momento⁴, alimentado según el mismo autor por “elementos emotivos y psicológicos irracionales”, los temores al SIDA en la última década y también por la propia industria del residuo, interesada en el incremento de la facturación⁵. Al tiempo, tradicionalmente se ha considerado al fuego como el máximo elemento purificador y desinfectante, aplicado en consecuencia

²Y siguiendo el *Real Decreto 952/1997, de 20 de junio, por el que se modifica el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos y la Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos*

³“Los residuos sanitarios...”. Op. cit.

⁴Introducido en los Estados Unidos en 1987, en España queda expuesto en el trabajo ‘Los residuos hospitalarios en España’ (Revista Retema nº 18 y 19, 1991) y en la 1ª edición del ‘Manual de gestión interna para residuos de centros sanitarios’ (INSALUD, 1990).

⁵Como se aprecia, por ejemplo, en el estudio ‘Recogida y eliminación de los residuos clínicos y desperdicios hospitalarios’ (HMS Ibérica S.A., 1981), orientado a la difusión de una máquina compactadora patentada por la misma empresa.

con gran asiduidad en el control de epidemias a lo largo de la historia. De la combinación de las Precauciones Universales con esta aplicación histórica del fuego se ha llegado a un sistema de Gestión Clásica de los residuos basado en su incineración indiscriminada, primero dentro y más tarde -al compás de los intereses de la industria del residuo- fuera de las instalaciones sanitarias.

Los efectos de la incineración “clásica” son, cuando menos, controvertidos: al sobredimensionamiento de las instalaciones de tratamiento de los residuos sanitarios -con el consecuente sobrecosto económico para las finanzas públicas-, se une la grave contaminación urbana provocada según se ha ido generalizando en los centros sanitarios el uso de plásticos -origen de las emisiones de sustancias cloradas y metales pesados-, hasta el punto de convertir a los hornos de los hospitales paradójicamente en un importante agente perturbador de la salud pública⁶.

En este contexto, se publica en nuestro país en 1992 el informe Clinhos⁷, que introduce en España los criterios científicos en la clasificación de los residuos sanitarios, en atención a los riesgos reales de transmisión de las enfermedades infecciosas. La principal virtualidad del informe Clinhos es establecer que sólo una pequeña parte de los residuos procedentes de los centros sanitarios son peligrosos, y por tanto sólo esos deben tratarse de forma diferente a los residuos urbanos. En estudios epidemiológicos no se ha demostrado contagio alguno producido por residuos sanitarios, excepto en algunos casos de pinchazos y cortes accidentales, y siempre en el interior de los hospitales. Esto es así porque para que se produzca un contagio tiene que darse al mismo tiempo la presencia de un agente patógeno en cantidad suficiente y la exposición en forma conveniente de un receptor, condiciones que muy rara vez se producen en el exterior de los centros asistenciales con relación a los desechos hospitalarios⁸.

La consecuencia más directa de esta aseveración ha sido la propuesta, incluida en el informe Clinhos, de clasificación de los residuos sanitarios en residuos asimilables a urbanos y residuos biopeligrosos, además de los tóxicos y radiactivos y de los restos anatómicos humanos de entidad,

⁶Entre la extensa bibliografía sobre la materia, mencionamos por su interés el trabajo “*Incineración y salud*”. Colegio Oficial de Médicos de Baleares, 1994. Una explicación del creciente auge de la incineración, a pesar de sus considerables insuficiencias ambientales y sociales, la encontramos en “*La guerra sucia de la incineración*”. Greenpeace, 1995.

⁷“*Proyecto Clinhos. Diseño y promoción de un sistema integrado de gestión de residuos biosanitarios*”. Institut Cerdá. 1992.

⁸“Todos los estudios realizados en Estados Unidos, Alemania, Holanda, Austria, etc. demuestran que los residuos domésticos normales contienen muchas más bacterias y muchos más gérmenes patógenos que los residuos biosanitarios”, según documenta J. Cabasés en “*Los residuos sanitarios...*”. Op. cit.

regulados ya en esas fechas por normativas específicas. El hecho es que, según el criterio que se adopte para la identificación de los residuos biopeligrosos, estos limitan a tan sólo entre un 5% y un 10% en peso los residuos sanitarios que deben recibir un tratamiento especial. El mismo informe Clinhos plantea la posibilidad -e incluso la evalúa económicamente- de que ese tratamiento se realice con métodos específicos de desinfección y/o esterilización, que eliminan la peligrosidad del desecho permitiendo su gestión posterior como residuos urbanos. Ambos aspectos, adecuada clasificación de los residuos según su peligrosidad objetiva y desinfección de los biopeligrosos, constituyen elementos clave de los sistemas denominados de "Gestión Avanzada", que comienzan a implantarse en nuestro país en sustitución de la Gestión Clásica⁹.

Lo que ya no aborda en el informe Clinhos, ni ninguna de las normativas autonómicas desarrolladas tras su aparición, es la aplicación del principio médico de la prevención a la problemática de los residuos sanitarios. Evitar que los residuos se produzcan forma parte de la filosofía del V Programa de Acción Comunitaria "Hacia un Desarrollo Sostenible", y se expresa en todas las Directivas de la Unión Europea sobre la materia a través del principio de Reducción en Origen¹⁰. Sin embargo, el acento político se sigue poniendo en la gestión del problema, y no en su prevención. Desde este último enfoque, incluso la Gestión Avanzada sólo tiene sentido como alternativa a la contaminación que ya existe, pero dentro de un Plan de Prevención que garantice que ésta no se siga provocando en el futuro. Actualmente, ya existen experiencias contrastadas y ejecutadas de sustitución y reducción de residuos peligrosos en los hospitales, que pueden ser fácilmente obtenibles por los responsables sanitarios y ambientales¹¹

⁹Los criterios del informe Clinhos van siendo adoptados paulatinamente por las diversas Administraciones Autonómicas -a falta de la ya comentada regulación estatal-, en primer lugar en Cataluña, y posteriormente en La Rioja, Navarra, Madrid y, desde 1994, también en Castilla y León. Actualmente, 11 Comunidades Autónomas cuentan con regulaciones específicas (Aragón, Baleares, Cantabria, Extremadura, País Vasco y Valencia, además de las mencionadas), Andalucía cuenta con un Decreto general de residuos, mientras Canarias y Galicia estaban elaborando en 1997 sus propias normas. Tomado del '*Libro Blanco sobre la ordenación de la gestión de los residuos sanitarios*' (FUNGESMA, 1997).

¹⁰La más reciente y significativa ya desde su título es la *Directiva 96/61/CE, de 24 de septiembre de 1996, relativa a la prevención y al control integrados de la contaminación*

¹¹Un ejemplo ya clásico es el manual "*Selected Hospital Waste Streams*" (US EPA, 1990), que recoge opciones de minimización, procedimientos operativos y casos prácticos para sustancias tóxicas (disolventes, residuos de quimioterapia, residuos fotográficos, formaldehídos, radionucleidos, mercurio, gases anestésicos, óxido de etileno). La publicación "*La gestión de los residuos sanitarios*" (CC.OO., 1993) incluye un resumen en castellano de estas opciones de minimización.

Otros aspectos recogidos en la normativa comunitaria¹² son el Principio de Proximidad, por el cual los residuos deben gestionarse en instalaciones adecuadas lo más cerca posible de su fuente de producción, y el Principio de Autosuficiencia, por el que los países deben gestionar los residuos que produzcan en instalaciones situadas dentro de su propio territorio. Trasladados ambos al ámbito sanitario, y en el contexto de una Gestión Avanzada, no parece que nada impida que cada centro esterilice sus propios residuos biopeligrosos actuales, incorporándolos luego a los asimilables a urbanos para su gestión en el municipio en que se halle situado. Una práctica hoy por hoy inhabitual, ante la presión ejercida por la industria del residuo para concentrar los tratamientos en grandes instalaciones centralizadas y así, quizás, preparar el terreno para una nueva reconversión hacia la incineración¹³.

¹²Concretamente, a partir de la *“Estrategia Comunitaria para la Gestión de los Residuos hasta el año 2000”*, aprobada por la Comisión de la Unión Europea en 1989.

¹³La tendencia actual en España parece dirigirse hacia infraestructuras de desinfección/esterilización de residuos biopeligrosos centralizadas y gestionadas por empresas comerciales, tal y como sucede por ejemplo en Andalucía, Valencia, Cataluña o Castilla y León. Sin embargo, los hospitales de Son Dureta (Mallorca) y la red pública de hospitales de Navarra (Hospital de Navarra, Virgen del Camino, García Orøyen, Psiquiátrico y Atención Primaria) esterilizan desde hace tiempo sus propios residuos biopeligrosos, mientras el de Valme (Sevilla) tiene en marcha actualmente un plan piloto con un sistema de tratamiento interno mediante autoclave.

3. LA SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN.

3.1. La situación previa a la regulación autonómica.

Hasta 1996, año de la entrada en vigor de la regulación autonómica sobre residuos sanitarios, la situación de los mismos en Castilla y León se ha caracterizado por las deficiencias en el control tanto interno por parte de los propios centros como externo por la Comunidad Autónoma o -más aún- por la población potencialmente afectada, trabajadores de los hospitales y clínicas y residentes en sus inmediaciones.

Cada gran centro sanitario gestionaba sus residuos de manera frecuentemente indiferenciada y mediante el recurso generalizado a la incineración "in-situ". Por supuesto, no se aplicaba ningún criterio de prevención en la generación de los residuos y, en el mejor de los casos, los principios de clasificación eran los contenidos en el manual de Gestión Interna del INSALUD, basado en las Precauciones Universales. En las fechas previas a la aplicación de la norma autonómica, existían en la Comunidad Autónoma 24 hornos incineradores en funcionamiento, de los cuales 14 -repartidos por hospitales de las nueve provincias- correspondían al propio INSALUD y el resto a hospitales de la Junta de Castilla y León y centros privados¹⁴.

La trayectoria de todos estos hornos ha estado salpicada de múltiples incidencias dentro y fuera de los centros, desde la quema de residuos peligrosos provenientes de otras Comunidades Autónomas -como en la incineradora municipal de León- hasta la presunta superación sistemática de todos los límites de emisión establecidos por el *Real Decreto 1088/1992*,

¹⁴"Los hornos incineradores desaparecerán de los hospitales con la nueva gestión de los residuos", en El Mundo de Valladolid del 20 de junio de 1996.

de 11 de septiembre, por el que se establecen nuevas normas sobre limitación de emisiones a la atmósfera de determinados agentes contaminantes procedentes de instalaciones de incineración de residuos municipales, aspecto que en muchas ocasiones sólo puede ser evidenciado por el color de las emisiones desde chimenea, ante la ausencia de tomas para su análisis en ese punto.

3.2. El Decreto de Ordenación de los Residuos Sanitarios.

El 21 de septiembre de 1994 se publica en el B.O.C. y L. el *Decreto 204/1994, de 15 de septiembre, de Ordenación de la Gestión de los Residuos Sanitarios*, que adapta para nuestra Comunidad las recomendaciones del informe Clinhos. Establece las bases para una Gestión Avanzada, clasificando los residuos, regulando las operaciones de separación, recogida y almacenamiento dentro de los centros, así como los sistemas de tratamiento autorizables para los residuos biopeligrosos, y las autorizaciones y registros a cumplimentar por productores, gestores y transportistas¹⁵.

La clasificación de los residuos atiende a criterios científicos y ético-psicológicos, distinguiendo 4 grupos (art. 3): residuos asimilables a urbanos (Grupo I, grupos 19 y 20 del Catálogo Europeo de Residuos), residuos sanitarios no específicos (Grupo II, códigos 180104 y 180203, en realidad también asimilables a urbanos), residuos especiales (Grupo III, códigos 180101, 180102, 180103, 180201, 180202, 180203 y 180105) y residuos tipificados en normativas específicas (Grupo IV, son los tóxicos y peligrosos, radiactivos, emisiones a la atmósfera y efluentes al alcantarillado). Los residuos del Grupo III corresponden a los biopeligrosos (infecciosos, sangre y hemoderivados en forma líquida, agujas y material punzante y/o cortante y vacunas de virus atenuados) junto a los anatómicos de pequeña entidad. Atendiendo a esta clasificación, se establece una recogida separada de cada grupo de residuos en recipientes normalizados y convenientemente identificados (art. 5, 6 y 7), y unos tiempos y condiciones determinadas de recogida y almacenamiento para los del Grupo III (art. 6.9 y 6.10).

Respecto al tratamiento de los residuos biopeligrosos -o especiales-, el Decreto permite continuar optando por la incineración, aunque bajo determinadas condiciones¹⁶, o por la desinfección o esterilización, "in situ"

¹⁵Este último aspecto desarrollado por *Orden de 31 de enero de 1996 de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio* (B.O.C. y L. nº 26/96).

¹⁶Temperatura de combustión superior a 1000 °C, alimentación automática o semiautomática del horno, doble cámara de combustión, sistemas de tratamiento de gases y sistemas de toma de muestras de emisiones en chimenea, garantizando el cumplimiento

para residuos punzantes y/o cortantes (art. 10.5) o extracentro para todos en general (art. 10.4). Así, parece que la norma apuesta por sacar los tratamientos fuera de los centros sanitarios, aunque no prohíbe expresamente que se incinere o se esterilice dentro de los hospitales o en edificios anexos. En este aspecto, la ambigua redacción puede obedecer a la previsión de una posible autorización de las incineradoras hospitalarias, aunque por el mismo motivo debieran permitirse autoclaves en los centros, en atención a los principios de proximidad y autosuficiencia.

Finalmente, en lo que respecta a la prevención de la contaminación, el Decreto recoge veladamente en su artículo 4 el orden de prioridades de la Estrategia Comunitaria para la Gestión de los Residuos: reducción, reutilización, recogida selectiva y valorización. Sin embargo, en ningún otro espacio del mismo se desarrollan estas prioridades, y los consecuentes Planes de Prevención de la Contaminación se transforman en simples Planes Internos de Gestión de los Residuos¹⁷, indicando claramente la orientación de la norma. También resulta contradictorio que, si bien se establece que las plantas de tratamiento de residuos biopeligrosos deben sujetarse al procedimiento de Auditoría Ambiental previsto en la *Ley 8/1994, de 24 de junio, de Evaluación de Impacto Ambiental y Auditorías Ambientales de Castilla y León* (Anexo III), no ocurre así con la actividad fuente de estos y los demás residuos: los propios grandes centros sanitarios. En definitiva, frente al avance evidente que supone el *Decreto 204/1994* en todo lo referente a clasificación, separación, recogida y almacenamiento de los residuos sanitarios, se observan serias carencias en cuanto a prevención de la contaminación y tratamiento; como su propio nombre indica, se limita a ordenar la gestión de la contaminación en lugar de evitarla, por procedimientos además poco adecuados para los fines perseguidos (no se prohíbe la incineración, no se prescribe el tratamiento "in situ"). Estamos, pues, frente a una norma insuficiente de partida, luego claramente mejorable, aunque lo más discutible de la misma ha resultado ser su aplicación.

3.3. La situación actual de los residuos sanitarios.

3.3.a. Una insuficiente información sobre las cantidades y la caracterización de los desechos. Ya de entrada, la aplicación del *Decreto 204/1994* -cuya entrada en vigor se aplazaba por Disposición Transitoria

de las emisiones máximas prescritas por el mencionado *Decreto 1088/92* sobre instalaciones de incineración de residuos municipales (art. 10.3). Con posterioridad, ha entrado en vigor el *Real Decreto 1217/1997, de 18 de julio, sobre incineración de residuos peligrosos y de modificación del Real Decreto 1088/1992, relativo a las instalaciones de incineración de residuos municipales*, que establece límites más estrictos y amplía los contaminantes considerados.

¹⁷Cuyos contenidos son desarrollados por *Orden de 31 de enero de 1996 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social* (B.O.C. y L. nº 26/96).

Única un año para permitir la adaptación de los productores- debió ser postpuesta 9 meses más¹⁸ por las difíciles condiciones en las que éste se desenvolvía. El problema estribaba -entre otros aspectos- en que, año y medio después de su promulgación, todavía en marzo de 1996 no se tenían datos fiables sobre la producción por grupos de residuos, ni siquiera para los grandes hospitales. Las estimaciones aportadas a partir de ese mes por los centros sanitarios en sus Planes Internos de Gestión tampoco eran, en la mayoría de las ocasiones, mucho más detalladas. **PRODUCCIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS DEL GRUPO III EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD DE CASTILLA Y LEÓN¹**

Tabla 1

Hospital	Ciudad	Camas	Producción (en Kg/día)			
			Insalud	Índice ²	Socam.	Índice ²
Nuestra Sra. Sonsoles	Avila	318	127	0,400	95	0,298
General Yague	Burgos	631	252	0,400	328	0,520
Santiago Apostol	Miranda	123	61	0,400	23	0,183
Santos Reyes	Aranda	121	61	0,400	17	0,281
Complejo León	León	854	342	0,400	539	0,631
Camino de Santiago	Ponferrada	270	108	0,400	12	0,107 ³
Río Carrión	Palencia	382	153	0,400	84	0,220
Complejo Salamanca	Salamanca	1090	436	0,400	122	0,112 ⁴
Virgen del Castañar	Bejar	23	11	0,400	3	0,112
General de Segovia	Segovia	349	140	0,400	65	0,186
General de Soria	Soria	291	116	0,400	96	0,331
Río Hortega	Valladolid	492	197	0,400	77	0,157
Clínico Universitario	Valladolid	705	282	0,400	215	0,305
Medina del Campo	Medina	101	51	0,400	22	0,222
Virgen de la Concha	Zamora	383	153	0,400	22	0,057
TOTALES		6133	2490	0,400	1720	0,280

¹ Los estimaciones del INSALUD incluyen citostáticos y restos de disolventes orgánicos. ² Los índices en kilogramos por cama y día. ³ Parte de los residuos se tratan "in situ". ⁴ Sólo entregados los del hospital "Virgen de la Vega" Fuente: INSALUD (1995) y SOCAMEX (septiembre de 1996). Elaboración propia. Así, por examinar un ejemplo, el INSALUD (aplicando un índice claramente exagerado de 0,4 kg/cama/día) estimaba la generación de residuos de los Grupos III y parte del IV en el Hospital Río Hortega de Valladolid en 197 kg. diarios; el propio centro sanitario, en su Plan Interno de Gestión, declaraba una producción de 300 kg. diarios de residuos del Grupo III (0,56 kg/cama/día); finalmente en septiembre de 1996, la producción ya contabilizada por SOCAMEX sólo alcanzaba los 80 kg. diarios para el grupo III (0,16 kg/cama/día), una cifra más en consonancia con los estándares manejados a nivel internacional

¹⁸ Por el Decreto 218/1995, de 19 de Octubre (B.O.C.y L. n° 204/95).

para este tipo de desechos¹⁹. Las variaciones en los índices del resto de hospitales del INSALUD (ver Tabla 1) muestran tanto el escaso conocimiento previo de la situación como las diferencias de eficiencia en la separación en los grandes centros. En general, se aprecia una producción real de residuos del Grupo III más moderada -con una correcta separación- que la estimada inicialmente por el INSALUD o los Planes Internos de Gestión, realizados de manera un tanto apresurada por los centros, y que se circunscribiría a entre 500 y 1000 toneladas anuales para toda la región. Los elevados índices de los hospitales de Burgos y León con toda seguridad son atribuibles a desajustes en el paso de una Gestión Clásica a otra Avanzada. Esta conclusión es muy importante para valorar con posterioridad el sistema de tratamiento más adecuado para estos residuos. Más complicado aún resulta conocer de manera fiable la producción de residuos biopeligrosos de los hospitales privados, así como de los pequeños centros tanto privados como públicos -aunque para los 240 dependientes del INSALUD éste la estima en 209 kg. diarios-. Y prácticamente imposible la de los residuos asimilables a urbanos, o los del grupo IV -exceptuando algunos tóxicos²⁰ y los radiactivos-. El problema de fondo radica en que ni los grandes ni los pequeños centros sanitarios han realizado un inventario serio de la contaminación que generan, puesto que tampoco se les ha requerido administrativamente para que elaboren un Plan de Prevención de la misma. En este contexto, los datos oficiales sobre la producción de residuos biopeligrosos en Castilla y León (917.488 kg. en 1997) sólo son indicativos del total de sustancias entregadas como tales por los centros sanitarios a los gestores autorizados, siendo presumible una producción real mucho menor, como resultado de la deficiente separación en origen practicada en la mayor parte de los centros sanitarios.

3.3.b. La pobre materialización de los Planes Internos de Gestión de Residuos. De hecho, como ya se ha comentado, la referencia normativa al principio de reducción como prioritario en la materia sólo es acompañada de manera muy matizada en el *Decreto 204/1994* por la obligatoriedad de redactar un Plan Interno de Gestión de Residuos. El desarrollo normativo que de este instrumento hace la Consejería de Sanidad y Bienestar Social a través de la *Orden de 31 de enero de 1996* es sumamente limitado, en cuanto que no incluye la obligatoriedad de considerar siquiera el potencial de minimización, debiendo centrarse los contenidos en la identificación y cuantificación de los residuos generados, su envasado, recogida y transporte, y el tratamiento en el caso de que se realice en el propio

¹⁹200 gr/cama/día en Holanda, con una regulación muy similar a la nuestra; 50 gr/cama/día en Alemania, con una clasificación más restrictiva.

²⁰ Para 1997, se puede aventurar la cifra de 26.582 kg. de residuos citostáticos y disolventes orgánicos, enviados por CETRANSA como gestor de los mismos en Castilla y León a la incineradora de residuos sanitarios que COGERSA gestiona en Serín (Asturias).

centro. Pero más pobre es aún la materialización de esta Orden en los Planes Internos elaborados por los grandes centros sanitarios y entregados a la Junta. El examen detallado de los de los Hospitales del Río Hortega y Clínico Universitario de Valladolid, ambos entregados en plazo y admitidos por la Junta de Castilla y León, revela que su elaboración ha sido precipitada y sus contenidos bastante deficientes, especialmente en lo referente a la identificación y cuantificación de los residuos generados: si en el primer centro se observa detalle en la inventariación por servicios (correspondida con un evidente redondeo en las cantidades asignadas a cada uno), pero nulo desglose de los flujos contaminantes producidos más allá de los 4 grupos genéricos definidos en la normativa, en el Hospital Clínico Universitario este apartado trascendental se ventila con una página y dos cifras numéricas anuales correspondientes respectivamente a unas categorías identificadas como residuos “urbanos” y residuos “clínicos”; lógicamente, esta información resulta absolutamente ridícula siquiera para planificar los recipientes necesarios -y su ubicación- para la implantación de la recogida selectiva de desechos, no digamos ya para encarar una política preventiva. Cabe suponer que esta es la situación generalizada del resto de los Planes Internos de Gestión de Residuos, tanto de centros públicos como privados, lo que invalida completamente este instrumento incluso para los fines limitados a los que respondía. Su presumible escasa eficacia responde también a la escasa participación de la comunidad sanitaria tanto en su elaboración como en la implantación de los procedimientos operativos que debieran derivarse de los mismos²¹. La presentación de los Planes Internos y sus procedimientos asociados se ha realizado, en el mejor de los casos, a través de su entrega a los miembros de los Comités de Salud Laboral y de folletos y charlas explicativas genéricas, sin que se haya buscado la explicación del “porque” de los mismos o el interés de los trabajadores sanitarios en su aplicación. La sustitución del color de las bolsas ha sido, probablemente en muchos otros casos, la única explicación de los Planes. Es notoria, pues, la ausencia de programas de formación del personal implicado en el desarrollo del *Decreto 204/1994*. La situación se complica en los centros de Atención Primaria, en los consultorios locales y en las clínicas privadas, donde en general no se han elaborado Planes Internos de Gestión por la menor capacidad de sus servicios y, también, por la menor entidad de los residuos que generan. Un último aspecto de esta falta de eficacia de los Planes Internos de Gestión es su incidencia en las condiciones de seguridad de los trabajadores sanitarios. Las deficiencias en la manipulación y separación de los residuos biopeligrosos y citotóxicos,

²¹Excepción hecha de los Servicios de Medicina Preventiva, que en general son los responsables de la gestión dentro de los centros y colaboraron ya en un primer momento en la elaboración del manual “*Documento de criterios para la clasificación de los Residuos producidos en los Centros del INSALUD de la Comunidad Autónoma de Castilla y León*”. INSALUD, 1995.

presumibles por los comentarios de algunos trabajadores del sector, constituyen un factor de riesgo nada despreciable dentro y en el entorno de los centros sanitarios, que se suma al ocasionado por el manejo de los propios productos origen de los residuos. Las denuncias en este sentido son intermitentes, y constituyen un importante motivo de preocupación para los sindicatos sanitarios²². **3.3.c. El pliegue a los intereses de la industria del residuo: hacia una gestión externa, comercial y centralizada.** Sin embargo, fuera de los propios centros asistenciales, el aspecto más llamativo de la nueva ordenación en la materia ha sido y será en un futuro próximo -de mantenerse la política actual- la opción de tratamiento de los residuos biopeligrosos. Ya antes de la aprobación del *Decreto 204/1994* la Junta de Castilla y León pone de manifiesto que su intención más inmediata es el cierre de las incineradoras hospitalarias de la región²³. Esta plausible medida va acompañada, no obstante, de la apuesta por un modelo de gestión externa a los hospitales, que quiere confiarse a empresas comerciales del sector del residuo. De hecho, el retraso en el acuerdo con el INSALUD sobre este extremo²⁴ es el principal factor que explicaría la prorrogación del aplazamiento en la aplicación de la legislación autonómica. Pronto, las expectativas de negocio creadas se traducen en la aparición de distintos proyectos, con promotores y ubicaciones también diversas. Aunque algunos integran el tratamiento de los residuos biopeligrosos en propuestas más amplias -GAMESA en su proyecto de planta vitrificadora primero para Monteagudo de las Vicarias (Soria) y luego para Santovenia de Pisuerga (Valladolid), SIRESA en sus proyectos de incineradoras móviles para Castilla y León-, la mayoría tiende hacia la especialización, sobre todo tras la convocatoria en 1996 por el INSALUD de un concurso público para la contratación de los servicios de recogida y tratamiento de los residuos biopeligrosos, citostáticos y restos de

²²La Confederación General del Trabajo (CGT) ha denunciado recientemente la administración de medicamentos citotóxicos en centros de atención primaria, sin condiciones para evitar los riesgos asociados a estas sustancias, que ha originado al menos la incapacidad laboral de una ATS en Valladolid. La inquietud de otro sindicato, Comisiones Obreras, se ha traducido en la publicación por el Departamento Confederal de Medio Ambiente de dos interesantes cuadernos, *“La gestión de...”* (Op. cit.) y *“Criterios de gestión de los residuos biopeligrosos”* (1997), que incluyen criterios de actuación sindical en la materia.

²³*“El Insalud cambiará la quema de residuos hospitalarios por la esterilización”*. Albino López Torrecilla, entonces Director General de Urbanismo y Calidad Ambiental, en el Norte de Castilla del 2 de febrero de 1994.

²⁴Varios meses después de la entrada en vigor el Decreto Autonómico, la gerencia del hospital de Salamanca mantenía todavía en funcionamiento su incineradora -sin autorización e incumpliendo las condiciones de aquél-, lo que da una idea de las resistencias que algunos centros del INSALUD habrán mostrado al cambio de sistema de gestión. Este ilegal funcionamiento fue reiteradamente denunciado por Ecologistas en Acción de Salamanca, ante la significativa pasividad de la Junta de Castilla y León.

disolventes orgánicos generados en sus centros. En el primer semestre del mismo año, una avalancha de proyectos presentados ante distintos Ayuntamientos de la Comunidad -en las provincias de Palencia, Salamanca, Valladolid, Segovia, Burgos y Zamora- crea una alarma social sin precedentes en una problemática tan concreta y localizada como la de los residuos biopeligrosos. Tras movilizaciones vecinales más o menos intensas, los Ayuntamientos de Pancorbo (Burgos), Palencia y La Cistérniga (Valladolid) negaron licencia respectivamente a las empresas Uralita Tratamientos, Eulen-PROINSA y Athisa Medio Ambiente. Las solicitudes presentadas por SEMAT en León y CLISA en Salamanca no han recibido la preceptiva autorización administrativa. Además, varias empresas más habían concurrido al concurso del INSALUD, por lo que es posible que el número de proyectos presentados a municipios de Castilla y León haya sido en esos meses aún mayor. Finalmente, sólo han recibido autorización dos de estas empresas: SOCAMEX S.A. en Toro y CESPAS Gestión de Residuos S.A. en Burgos²⁵. Ambas han desarrollado su infraestructura, aunque sólo la segunda la mantiene operativa en estos momentos. Otras nueve empresas habían sido también autorizadas hasta noviembre de 1996 para el transporte de residuos sanitarios²⁶. El proyecto de SOCAMEX S.A. en Toro, adjudicatario del mencionado concurso del INSALUD, ha resultado en todo momento el más polémico y el que ha provocado una protesta social más amplia, firme y duradera. Ello es debido en parte a su implantación en una localidad media, al margen de los grandes circuitos de generación de estos residuos, en la que el movimiento de camiones asociado a la actividad de la planta de tratamiento ha despertado la inquietud de buena parte de los vecinos. Según se han ido conociendo más detalles, parece claro que se han cometido serias irregularidades tanto en la tramitación del proyecto²⁷

²⁵Con los siguientes números de gestor y fecha de autorización, respectivamente: SOCAMEX, GRB-001-CyL, 15-3-96; y CESPAS, GRB-002-CyL, 24-7-96.

²⁶SEMAT S.A. (León), RENTOKIL S.A. (Madrid), SOCAMEX S.A. (Valladolid), Transportes Estébanez e hijos S.L. (Valladolid), Servicios SEMAT S.A. (Burgos), Transportes Pardo Freijo S.A. (Valladolid), Cannon Hygiene España S.A. (Madrid), CONSEUR S.A. (Madrid) y Servicios Hospitalarios 2000 (Madrid), estando en tramitación la solicitud de Francisco Javier Calleja Alonso S.L. (Burgos). Algunos transportistas ofrecen los servicios de plantas de tratamiento autorizadas en otras Comunidades Autónomas.

²⁷El preceptivo informe del Jefe local de Sanidad de Toro se emitió 8 meses antes de iniciadas las obras de construcción de la planta; el proyecto no fue sometido a evaluación de impacto ambiental, a pesar de que los residuos objeto de la actividad podían ser considerados como peligrosos por la *Directiva 91/689/CEE, de 12 de diciembre, sobre Residuos Peligrosos*; la actividad, incumple algunas de las condiciones aprobadas por licencia de 25 de enero de 1996, como la inexistencia de una acometida eléctrica -se alimenta de un generador de gasoil-, la ausencia de saneamiento -por lo que las aguas son vertidas a un arroyo-, o la falta de bocas hidrantes en caso de incendio -al no disponer de red de agua-.

como en la explotación de la instalación²⁸, lo que ha conducido a la apertura por el Juzgado de Instrucción de Toro de unas Diligencias Previas con el nº 02/97 por presunto delito contra el medio ambiente. Las mismas irregularidades provocaron ya el 23 de agosto de 1996 que el Ayuntamiento en Pleno de Toro acordara el cierre cautelar de la instalación, ordenado por decreto de Alcaldía del 29 del mismo mes. Aunque este acto administrativo - que nunca se llegó a ejecutar realmente - fue más tarde anulado por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, el Pleno municipal volvió a acordar el 26 de noviembre el desmantelamiento inmediato de la planta mediante la creación de una comisión integrada por concejales de todos los grupos, encargada de la negociación con la empresa²⁹. Este proceso político siempre ha ido a remolque de las intensas movilizaciones vecinales³⁰, que finalmente parecen haber logrado su objetivo: el cierre cautelar de la planta el 19 de agosto de 1997, ampliado al cierre del área de almacenamiento el 3 de marzo de 1998, y finalmente el cierre definitivo de la instalación el 4 de febrero de 1999 tras la renuncia de la empresa a las autorizaciones municipales en acuerdo de 22 de enero de este año.

²⁸Incumplimiento de la normativa existente con respecto a la anotación de datos tanto en las Hojas de Seguimiento como en el Libro Registro de Tratamiento, superación de la capacidad máxima de tratamiento del autoclave -lo que puede hacer pensar que parte de los residuos biopeligrosos no se esterilizan ni desinfectan antes de arrojarlos al vertedero, aparición de residuos sin destruir -jeringuillas, sondas- en las proximidades de la población, trasladados por las aves que entran a alimentarse en el vertedero, habiéndose observado la muerte de varias cigüeñas por esta causa... Estas deficiencias están documentadas en sendos Informes del Servicio de Protección para la Naturaleza (SEPRONA) de la Guardia Civil, con fecha 16/10/1996 y 18/12/1996, realizados por encargo del Juzgado de Instrucción de Toro.

²⁹El Ayuntamiento toresano está gobernado en minoría por el PSOE, que inicialmente no secundó el acuerdo de cierre cautelar; fueron PP e IU quienes forzaron el mismo, aunque la falta de voluntad del equipo de gobierno para ejecutarlo en la práctica lo dejó sin efecto antes del auto judicial del Tribunal Superior de Justicia. Las fuertes presiones ejercidas por la dirección del PP sobre su grupo municipal en Toro, haciendo de correa de transmisión de la Junta de Castilla y León, provocaron posteriormente importantes divergencias en el mismo; no obstante, el siguiente acuerdo plenario, a iniciativa de Izquierda Unida, se votó unánimemente por los restantes grupos -PSOE, PP, Populares Independientes-, lógicamente empujados por la presión de buena parte de la población.

³⁰Iniciadas en plenas fiestas de la localidad -agosto de 1996- con una concentración de más de 2000 personas, han tenido hasta el momento como actos centrales la recogida de 5000 firmas entre la población local, una Huelga General secundada masivamente -el 23 de octubre de ese mismo año- y un encierro en el Ayuntamiento. Estas y otras acciones han sido impulsadas por una Plataforma vecinal formada por la Asociación Naturalista Adalia, Comisiones Obreras de Toro y la Asociación de Cazadores y Pescadores, amén de numerosos particulares.

Ya el cierre cautelar se traduce en un desvío del tránsito de los residuos biopeligrosos hacia la planta de CESPА en Burgos³¹, así como a otras instalaciones de Madrid y Cataluña³². A su vez, una cantidad apreciable de residuos biopeligrosos procedentes de otras comunidades autónomas (Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, Valencia) está llegando a Castilla y León³³, originando un trasiego inquietante por las carreteras de la región, poco coherente con los principios que inspiraban el Decreto Autonómico. Otro suceso acaecido en relación a esta política de gestión externa, comercial y centralizada de los residuos biopeligrosos, ha sido el efímero surgimiento de nuevas iniciativas de plantas de tratamiento, entre las cuales hay que resaltar la de Santa Colomba de las Monjas, pequeña localidad vecina a Benavente (Zamora), y la de Villalmanzo, junto a Lerma (Burgos)³⁴. Ante la alarma social que está creando esta caótica política de implantación de infraestructuras de tratamiento, las propias Cortes de Castilla y León tuvieron que intervenir, solicitando al Gobierno regional, por acuerdo de PSOE y PP, que no informe favorablemente las solicitudes de nuevas plantas de gestión de residuos hospitalarios hasta que no se elabore el Plan Regional de Residuos Tóxicos y Peligrosos³⁵. Finalmente, como colofón -de momento- a este cúmulo de despropósitos, hay que mencionar el incidente protagonizado de nuevo por SOCAMEX, al ser intervenido el 31 de marzo de 1998 por la policía nacional un almacén clandestino de residuos biopeligrosos y citotóxicos que esta empresa regentaba en la ciudad de Valladolid desde el cierre del área de almacenamiento de Toro, circunstancia en la que fueron detenidos 3 conductores, la secretaria y el Director-Gerente de la empresa. Los

³¹ Autorizado por el Ayuntamiento de Burgos por acuerdo de la Comisión de Gobierno de 12 de diciembre de 1996, acuerdo anulado por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León por sentencia de 30 de diciembre de 1998, resultado del recurso contencioso administrativo nº 55/1997 presentado por Ecologistas en Acción de Burgos.

³² En un total de 125.830 kg. en 1997, cantidad que presumiblemente será mayor en el presente año, tras el cierre cautelar de la planta de Toro. La mayor parte de estos residuos se están dirigiendo a la planta que SOCAMEX y CESPА gestionan en la Comunidad de Madrid.

³³ En una cantidad de 115.842 kg. en 1997, la mayor parte procedentes de Madrid.

³⁴ El primero es impulsado, al parecer, por TECMED -grupo en el que está integrado SOCAMEX-, en lo que parece la búsqueda de una ubicación de recambio en el caso de que finalmente su instalación de Toro deba trasladarse; el segundo tiene la firma de Uralita Tratamientos, que insiste con el proyecto desestimado en Pancorbo. En los dos casos, surgieron nuevas plataformas vecinales de oposición. Y también en ambos se dan los mismos denominadores comunes que han convertido a otras múltiples poblaciones del país en objeto, repentinamente, de ventajosas ofertas de "desarrollo" a cargo de la industria del residuo: población escasa y envejecida, tejido social poco desarrollado, corporaciones municipales con escasa formación y nulo asesoramiento técnico propio...

³⁵ *Las Cortes piden a la Junta que no autorice nuevas plantas de residuos hospitalarios*, en El Norte de Castilla del 15 de febrero de 1996.

esperpénticos detalles del suceso³⁶ han merecido la apertura del procedimiento abreviado 1632/98 por el Juzgado de Instrucción número 2 de esa ciudad, en el que aparece como imputado el gerente de la sociedad, Luis José Crespo Cortejoso, por un presunto delito contra el medio ambiente. Toda una declaración de la filosofía que esta empresa comercial practica en su cometido, que debe concluir independientemente de las consecuencias judiciales que se deriven de los procedimientos en curso con la revocación de la autorización de gestor concedida por la Administración Autonómica. Pero más allá de la conflictividad social, los problemas planteados por este tipo de infraestructuras están afectando en su fundamento a la política de “Gestión Avanzada” que supuestamente se quiere aplicar en Castilla y León, al bloquear la prevención, dificultar las operaciones de separación de los residuos dentro de los centros, incrementar innecesariamente los riesgos derivados del transporte, delegar la gestión en empresas comerciales de discutible ética profesional, y aumentar los costes monetarios finales del sistema de gestión para el conjunto de la comunidad. El incremento de los riesgos por accidente o fuga asociados al transporte a gran distancia es evidente³⁷. La escasa “profesionalidad” de las empresas dedicadas a la gestión de los residuos se fundamenta en la vocación comercial de las mismas -que puede tentar a maximizar los beneficios en detrimento de la seguridad-, así como en la complejidad técnica y en la novedad de este campo de actuación; y si bien ésta es discutible en la generalidad, cuando se desciende a los casos concretos se observa con preocupante frecuencia³⁸. Sin embargo, la clave

³⁶El almacén ocupaba una nave situada frente a un restaurante y bajo un depósito de agua potable; estaba identificado con el nombre de una empresa editorial, carecía de licencia municipal, iluminación y electricidad para la refrigeración de los residuos biopeligrosos, que fueron encontrados almacenados en un trailer, junto a residuos citotóxicos, útiles, herramientas y un grupo de presión. De los 4 vehículos localizados, uno no estaba autorizado por la Junta de Castilla y León para el transporte de residuos biopeligrosos, al igual que varios de los conductores localizados. Según un informe del Servicio Territorial de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio de Valladolid, todos estos hechos serían constitutivos al menos de una infracción muy grave a la *Ley 5/1993, de 21 de octubre, de Actividades Clasificadas*, varias infracciones graves al *Decreto 204/1994, de 15 de septiembre, de Ordenación de la Gestión de los Residuos Sanitarios* y una infracción muy grave de la *Ley 20/1986, de 14 de mayo, de Residuos Tóxicos y Peligrosos* entonces todavía en vigor.

³⁷Aun teniendo en cuenta las consideraciones realizadas en el capítulo segundo relativizando los riesgos de transmisión de enfermedades que ofrecen los residuos biopeligrosos; menores serán aún si no transitan libremente por las carreteras. Otros aspectos ambientales relacionados con el transporte en general son su oneroso consumo energético y la emisión de gases contaminantes, que lógicamente incrementa la gestión centralizada y externa sobre la descentralizada e interna.

³⁸En el caso de la planta de Toro, la “irregular” gestión de la empresa SOCAMEX antes apuntada tiene un ilustrativo precedente en la anterior responsabilidad de su gerente, Javier Moríñigo Yagüe, director entre julio de 1993 y marzo de 1994 de la planta físicoquímica y

del fracaso de la “Gestión Avanzada” que se deriva sistemáticamente de optar por un tratamiento comercial y centralizado, está en el hecho de transferir la responsabilidad sobre el residuo que se produce desde el productor -en este caso, los centros sanitarios- hacia un gestor física y jurídicamente externo. Al desaparecer “mágicamente” de los hospitales los residuos por un precio más o menos módico, el productor aplaza de golpe dos serios problemas: por un lado, la reconversión de su sucia estructura productiva para hacerla menos contaminante, y por otro, la reorganización de su estructura laboral vertical, poco eficiente cuando se trata de implicar a los trabajadores en objetivos como los medioambientales. En otras palabras, pudiendo optar por una gestión externa, el productor no encuentra demasiado interés ni en reducir los residuos que genera -aplicando el principio de prevención- ni en convencer a sus trabajadores para optimizar las operaciones internas de separación y manipulación de distintos tipos de desechos, elementales para la Gestión Avanzada. Además, como es sabido, el principio “quien contamina, paga” no supone estímulo suficiente para alterar las inercias productivas y laborales a cambio de un cierto ahorro monetario para el productor, por lo que en la práctica se traduce en el también clásico “quien paga, puede contaminar”. Todos estos razonamientos muestran como el modelo de gestión de los residuos biopeligrosos elegido políticamente para Castilla y León es ambiental y socialmente contradictorio con los presupuestos de la Prevención y la Gestión Avanzada que teóricamente se postulan en el *Decreto 204/1994*. Su justificación se encuentra en una combinación de intereses que van desde la “comodidad” del INSALUD y las direcciones de los hospitales, hasta la ilusión expresada por la Junta de Castilla y León de mejorar el control administrativo de una gestión centralizada -invalidada por los hechos de lo acaecido en Toro-, con el telón permanente de fondo de una industria del residuo que vive de perpetuar la contaminación.

el vertedero de residuos tóxicos y peligrosos de la empresa CETRANSA en Valladolid; en este período, los incumplimientos en el registro y admisión de residuos en estas instalaciones fueron constantes, tal y como demuestran las más de 200 correcciones de relevancia que debieron realizarse al año siguiente en la Memoria Anual de la actividad de CETRANSA para 1993; el almacenamiento de residuos no autorizados o el incumplimiento de las normas de seguridad del vertedero -causante de posibles fugas contaminantes que en su día fueron investigadas por la Fiscalía de Valladolid- son otras de los rasgos de la gestión de Javier Moríñigo Yagüe al frente de la instalación, motivo por el cual se produjo su sustitución en este cargo. Otros escándalos protagonizados en los últimos años por empresas comerciales análogas en España ponen sobre la pista de la frecuente falta de escrúpulos y/o competencia técnica de buena parte de estas nuevas “industrias del residuo”. Queda pendiente el estudio, cada día más necesario, de las múltiples conexiones entre todas estas empresas, y sus filiaciones industriales y financieras.

CC.OO., C.G.T., Ecologistas en Acción, U.G.T.

4. UNA PROPUESTA ABIERTA PARA CASTILLA Y LEÓN.

A continuación se exponen los puntos fundamentales que, a criterio del movimiento ecologista y las organizaciones sindicales sanitarias firmantes de este documento, deben caracterizar una política alternativa sobre residuos sanitarios a la oficialmente planteada en la Comunidad de Castilla y León. El contexto de la misma se enmarca en los conceptos ya definidos de Prevención y Gestión Avanzada y, planteando algunas matizaciones y desarrollos puntuales, también en el marco normativo autonómico en la materia, admitido como genéricamente válido.

4.1. Propuestas para materializar el principio de prevención: auditorías ambientales y planes de prevención. Ante todo, es imprescindible conocer la entidad del problema en cuestión, a través del inventario preciso de todos los residuos sólidos, vertidos líquidos y emisiones atmosféricas generadas en todos los centros sanitarios. En este sentido, hay que recordar que al constituir los residuos biopeligrosos o especiales (Grupo III) residuos peligrosos según la *Directiva 91/689/CEE* y el *Real Decreto 952/1997*, los hospitales están sujetos al régimen de productores de residuos peligrosos establecido el *Real Decreto 833/1988*, y por lo tanto también a la Declaración Anual ante la Administración sobre el origen, cantidad y destino de los residuos tóxicos y peligrosos generados, al superar aun los más pequeños las 10 toneladas anuales que confieren la calidad de gran productor.

Pero, más allá del cumplimiento de sus obligaciones como productores de residuos peligrosos, el instrumento adecuado para este inventario es la ecoauditoria de todo el sistema. Se propone el sometimiento de los grandes centros sanitarios al sistema de auditorías ambientales previsto en la *Ley 8/1994, de 24 de junio, de Evaluación de Impacto Ambiental y Auditorías Ambientales de Castilla y León*, incluyéndolos en su Anexo III, por su potencial contaminante actual y el papel simbólico o “ejemplar” que debiera caracterizar su actividad con respecto a la salud pública y el medio ambiente que la condiciona

El paso siguiente consiste en la planificación de la reducción de la contaminación generada en los centros sanitarios. La aplicación de la *Directiva 91/156/CE genérica sobre residuos* implica la planificación sobre todos los desechos. Las características específicas de los residuos biopeligrosos avalan la necesidad de que esta planificación sea diferenciada, por lo que proponemos la elaboración urgente de un Plan Autonómico de prevención de residuos sanitarios, con objetivos de

reducción, plazos, medios humanos y económicos³⁹. Los instrumentos de este Plan serían:

- √ La Oficina del Plan, encargada del asesoramiento, auditoría, formación, financiación y banco de datos de acceso público. Debe identificar y proponer las diferentes opciones de minimización de la peligrosidad y de las cantidades de todos los residuos (grupos I, II, III y IV), recopilando la información y experiencias existentes a nivel nacional e internacional y desarrollando procedimientos de evaluación de estas opciones. Su función básica es, pues, posibilitar en la práctica la prevención en todos los centros sanitarios -no sólo los más grandes-.
- √ Los Planes Internos de Gestión de Residuos previstos en el *Decreto 204/1994* deben reorientarse en su finalidad y contenidos hacia la prevención de la contaminación dentro de cada centro. Se propone proceder en este sentido a la modificación de la *Orden de 31 de enero de 1996, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social* que regula el contenido mínimo de los Planes Internos de Gestión de Residuos, introduciendo prioritariamente las medidas y objetivos de reducción en origen de los residuos, vía sustitución obligatoria de la fuente de riesgo o de envases y útiles no reutilizables⁴⁰.

4.2. Propuestas sobre Gestión Avanzada: tratamiento intracentro de los residuos biopeligrosos. Considerando correcta la regulación realizada sobre las operaciones de separación, recogida y almacenamiento de los residuos sanitarios, nos centraremos en los sistemas de tratamiento a aplicar a aquellos residuos ya generados o cuya producción no pueda ser eliminada temporal o definitivamente mediante la aplicación de los Planes de prevención. Respecto a los residuos de los grupos I y II, urbanos y asimilables, y siempre para aquellos que coyunturalmente no puedan ser eliminados, se propone la implementación con los sistemas de tratamiento municipales, priorizando la recogida selectiva y el reciclaje en aquellos que esté desarrollada (materia orgánica, papel, vidrio, metales, plásticos,...)⁴¹. Sobre los residuos biopeligrosos (grupo III), la acción institucional debe ir dirigida, en el marco de los Planes Internos de Gestión

³⁹En sintonía con la resolución de la Comisión de Medio Ambiente de las Cortes de Castilla y León, también podría admitirse esta planificación dentro del Plan Regional de Residuos Tóxicos y Peligrosos, aunque de manera diferenciada a los de origen industrial.

⁴⁰En especial, la sustitución obligatoria -aunque gradual- de todas las sustancias, procesos y productos tóxicos y peligrosos por otros inocuos cuando exista sustituto, y de manera inmediata la sustitución total de los productos clorados, desde el PVC a la lejía.

⁴¹Aunque en este caso las opciones del centro sanitario dependen de la política municipal en materia de RSU; hoy por hoy, la aplicación de la recogida selectiva y el reciclaje sistemático no existe en ninguna localidad de Castilla y León, por lo que esta parte de la propuesta se ve relegada a la aplicación de una "Gestión Avanzada" también a los residuos urbanos.

de Residuos, a la dotación por cada centro sanitario de sus propios equipos de esterilización -y no simplemente de desinfección- para realizar estas operaciones de manera interna, para evitar los problemas enunciados en el capítulo anterior. La viabilidad ambiental, social y económica de este sistema de gestión, más allá de apreciaciones teóricas, viene avalada por las experiencias ya mencionadas de los hospitales de "Son Dureta" (Palma de Mallorca), "Virgen del Camino" (Pamplona) o Valme (Sevilla). La solución al problema de los consultorios locales y pequeños centros vendría a través de convenios para la esterilización de los residuos en los autoclaves de los centros de salud u hospitales más cercanos, tal y como se trabaja en la Red Pública de Navarra. Finalmente, en relación a los residuos tóxicos y peligrosos del grupo IV (citostáticos, farmacológicos, disolventes...), mientras se materializa el potencial de sustitución y minimización previsto en los Planes Internos -que aquí si debe ser la prioridad absoluta y urgente-, la experiencia de otros países aconseja habilitar sistemas de devolución de las sustancias tóxicas residuales a las empresas fabricantes, no permitiendo la transferencia de la responsabilidad sobre las mismas en ningún momento de los productores a los hospitales. Asimismo, para reducir los riesgos de los trabajadores, debe asegurarse que la manipulación de estas sustancias se realiza en las áreas y con las condiciones adecuadas. Para materializar estos principios, es necesaria la modificación del *Decreto 204/1994*, adaptando las Secciones 1ª y 2ª del Capítulo II, "Régimen Jurídico de la Gestión de los Residuos Sanitarios" a los principios enunciados, incluyendo como una operación intracentro sanitario la esterilización de los residuos del Grupo III y excluyendo de las operaciones extracentro sanitario tanto la citada esterilización como la desinfección o la incineración.

4.3. Propuestas sobre información, formación y participación de los trabajadores y usuarios de la sanidad. Como ya se ha comentado, una de las principales virtualidades de la prevención y la gestión avanzada es potenciar en el ámbito del centro sanitario una concienciación y participación sustancial de todo el personal, al ser parte fundamental en el éxito del modelo -desde la reducción a la separación-. El criterio básico con relación a los residuos dentro de los centros debe ser siempre la prevención de los riesgos laborales, minimizando la manipulación y la exposición de los trabajadores a los residuos peligrosos. Para ello es fundamental informar y sensibilizar a los trabajadores que manipulan o están expuestos a estos residuos de los riesgos que entrañan para su salud y para el medio ambiente. Sólo así se conseguirá la colaboración necesaria para el funcionamiento del Plan Interno de Gestión de Residuos en todas sus fases -prevención, reducción, separación, recogida, almacenamiento y tratamiento-. Al tiempo, es imprescindible establecer cauces de participación efectiva en la planificación y el desarrollo de toda la política de residuos del centro sanitario, asesorando los Planes Internos y controlando su cumplimiento.

CC.OO., C.G.T., *Ecologistas en Acción*, U.G.T.

Proponemos que los Comités de Seguridad y Salud Laboral, así como los Delegados de Prevención de los hospitales, sean el instrumento de esta participación de la comunidad sanitaria en la mejora de las condiciones ambientales de los centros, hacia dentro y hacia fuera. Finalmente, en coherencia con lo establecido en la *Ley 38/1995, de 12 de diciembre, sobre el derecho de acceso a la información en materia de medio ambiente*, es necesario facilitar el acceso público a los resultados de las auditorias ambientales, los planes internos de gestión de residuos o las declaraciones anuales de los centros sanitarios como productores y gestores de residuos peligrosos.