



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1995

V Legislatura

Núm. 504

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES**

**Sesión núm. 21**

**celebrada el miércoles, 31 de mayo de 1995**

---

	<u>Página</u>
<b>ORDEN DEL DIA:</b>	
<b>Propuesta de prórroga para los trabajos de la Ponencia sobre el Síndrome del Aceite Tóxico. (Número de expediente 154/000011) .....</b>	<b>15314</b>
<b>Comparencias:</b>	
<b>— De la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar sobre la coordinación que lleva a cabo su Ministerio de los diferentes calendarios y programas de vacunación de las distintas Comunidades Autónomas. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000523).....</b>	<b>15314</b>
<b>— Del señor Secretario del Plan Nacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA (Parrá Vázquez), para informar sobre las campañas de pantallas interactivas de información del SIDA en centros docentes. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 212/001419).....</b>	<b>15322</b>

	<u>Página</u>
— De la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para explicar los pasos que ha dado dicho Ministerio para hacer efectivo el compromiso de conceder la gratuidad farmacéutica a los enfermos infectados con el virus del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A solicitud del Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 213/000582.) Esta comparecencia ha sido cumplimentada por el Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA, por acuerdo de la Mesa de la Comisión de fecha 26 de abril de 1995.....	15329
— De la señora Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios (González Cancedo), para informar sobre los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 212/001420).....	15334

Se abre la sesión a las diez de la mañana.

— **PROPUESTA DE PRORROGA PARA LOS TRABAJOS DE LA PONENCIA SOBRE EL SINDROME DEL ACEITE TOXICO.** (Número de expediente 154/000011.)

La señora **PRESIDENTA:** Señorías, buenos días. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que SS. SS. tienen. El primer punto es la propuesta de prórroga para los trabajos de la Ponencia sobre el síndrome del aceite tóxico. Los trabajos están bastante bien pero, como SS. SS. saben, necesitaríamos una nueva prórroga, por tres meses o hasta finalizar los trabajos, y la propuesta de la Mesa es plantearlo a SS. SS. por asentimiento. ¿Se aprueba la prórroga? (**Asentimiento.**)

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias.

**COMPARECENCIAS:**

— **DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (AMADOR MILLAN) PARA QUE INFORME SOBRE LA COORDINACION QUE LLEVA A CABO SU MINISTERIO DE LOS DIFERENTES CALENDARIOS Y PROGRAMAS DE VACUNACION DE LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR.** (Número de expediente 213/000523.)

La señora **PRESIDENTA:** Entramos en el segundo punto del orden del día, celebración de comparecencias. La primera es la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para que informe sobre la coordinación que lleva a cabo su Ministerio de los diferentes calendarios y programas de vacunación en las distintas comunidades autónomas. Esta solicitud de comparecencia fue propuesta por el Grupo Parlamentario Popular, y para ello

se encuentra entre nosotros la señora Ministra de Sanidad y Consumo a quien damos la bienvenida a la Comisión.

¿Desea el Grupo Popular iniciar el turno de intervenciones? (**Pausa.**) La señora Fernández tiene la palabra.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS:** Preferimos que intervenga primero la señora Ministra, por favor.

La señora **PRESIDENTA:** La señora Ministra tiene la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (Amador Millán):** Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, comparezco ante SS. SS., efectivamente, para informar sobre la coordinación que el Ministerio de Sanidad y Consumo lleva a cabo de los diferentes calendarios vacunales, y antes, si me lo permiten SS. SS., me gustaría dar un repaso breve a la cronología acerca de cuáles son los antecedentes del calendario de vacunación, porque es bueno saber de dónde partimos para valorar adecuadamente el punto en el que estamos.

El primer calendario español se estableció en el año 1964, contemplaba la vacunación gratuita de todos los niños frente a la viruela, la poliomielitis, la difteria, el tétanos y la tos ferina. En 1974 la Asamblea Mundial de la Salud estableció el programa ampliado de vacunaciones dirigido a programar la vacunación de todos los niños contra las enfermedades que podían ser prevenidas por este medio y que en esos años significaban una importantísima causa de mortalidad y de morbilidad infantil. España se adhirió a este programa, igual que la mayoría de los países de nuestro entorno, incluyendo en el calendario, además, las vacunas contra el sarampión y la rubeola. Dado que la viruela se declaró por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad extinguida y se sustituyó la vacuna antisarampión a los nueve meses de edad por la triple vírica a los quince meses, el Ministerio de Sanidad en 1981 elaboró un nuevo calendario de vacunaciones, de acuerdo con las directrices marcadas por la Organización, suprimiendo la vacuna antivariólica.

Como SS. SS. conocen, la Constitución prevé que todas las comunidades autónomas tienen asumidas estatutariamente competencias en materia de sanidad e higiene. Al Estado le corresponde la competencia de establecer las bases y la coordinación sanitaria en general, y ello conforme dispone el artículo 149.1.16. El Estado puede efectuar una ordenación de la actuación en materia sanitaria en aquellos supuestos en los que se considera conveniente fijar un mínimo común obligado que unifique el contenido de la actuación pública en esta materia para todo el territorio nacional. Únicamente en el caso de una situación epidemiológica en relación a la evolución de su morbilidad y atendiendo al carácter de una actuación contrastadamente eficaz, que se consideraría básica, el Estado podría intervenir adoptando medidas en el conjunto del territorio nacional. El Estado, en virtud de la competencia de coordinación general de la sanidad, puede establecer medidas que homogeneicen aspectos técnicos en materia de vacunación, pero hay que tener en cuenta que las decisiones que se adopten desde el Estado no son vinculantes, su seguimiento queda condicionado a la responsabilidad de la administración competente, que en esta materia es la comunidad autónoma.

De acuerdo con los reales decretos de transferencia corresponde a las comunidades autónomas el estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de aquellos procesos que incidan positiva o negativamente en la salud, así como el establecimiento de programas sanitarios dirigidos a la protección y promoción de la salud, ámbito en el que se encuadra la competencia para establecer los calendarios de vacunación propios. Las comunidades autónomas han venido manteniendo el calendario recomendado por el Ministerio de Sanidad desde 1981, si bien, con posterioridad, han ido introduciendo modificaciones al mismo, por ejemplo, las primeras dosis de vacunación y las de recuerdo. En la actualidad hablamos de vacuna recomendada y no de vacuna obligatoria como una de las características más importantes por cuanto la inclusión de una vacuna en el calendario significa que la autoridad sanitaria, en primer lugar, recomienda la vacunación sistemática de la población con esa vacuna, en segundo lugar, recomienda el número de dosis y la edad de aplicación de la misma y, por último, asume el coste de la vacuna y su administración y, por tanto, es gratuita para el usuario. Sólo en el caso de epidemias se puede hablar de obligatoriedad en la vacunación. La recomendación es general y permite contemplar las situaciones de carácter excepcional como las contraindicaciones específicas que puedan darse en determinados casos.

Conviene destacar que las diferencias que existen entre algunos calendarios de vacunación de las comunidades autónomas no influyen en ningún caso en el estado de inmunización de los niños y ello por dos razones: en primer lugar, porque todas las vacunas que se utilizan en las comunidades autónomas son idénticas, autorizadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y suministradas por fabricantes españoles; en segundo lugar, porque todos los niños reciben antes de cumplir los dos años de edad y tienen aseguradas las vacunas básicas para la po-

liomielitis, la difteria, el tétanos, la tosferina, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, en cumplimiento de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. No obstante, y a pesar de que las modificaciones introducidas en algunos calendarios no sean relevantes, sí pueden ser en algunos casos causa de confusión para aquellos usuarios que se trasladan de una comunidad autónoma a otra.

Por ello, y en beneficio de los usuarios, el Ministerio de Sanidad y Consumo viene coordinando desde hace tiempo los programas de vacunación y mantiene de un modo constante la información sobre los mismos. Tenemos que remontarnos al año 1986 para recordar que ya entonces, a través de la Dirección General de Salud Pública, se iniciaron una serie de programas de coordinación para sentar las bases de los respectivos programas de vacunación de las comunidades autónomas. Las relaciones con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas están dirigidas principalmente al establecimiento de un calendario vacunal uniforme, salvo para aquellas situaciones excepcionales debidas a razones epidemiológicas concretas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas cuentan con cauces de comunicación establecidos como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que proporciona el foro de debate e información entre los distintos servicios de salud y la Administración estatal, coordinando las líneas básicas en materia de vacunación, y, así, el Consejo Interterritorial ha venido realizando actuaciones en relación con el establecimiento de un programa de vacunaciones que han sido plasmadas en una serie de conclusiones coordinadas entre el Ministerio y las comunidades autónomas. Ya en 1988 el Pleno del Consejo acordó la creación de la Comisión permanente de seguimiento de programas de salud, encargada de estudiar y evaluar las diferentes propuestas del programa de vacunaciones y las diferentes cuestiones relacionadas con el mismo. En el Pleno del Consejo de diciembre de 1991 se aprobó la constitución de la Ponencia del programa y registro de vacunaciones cuya misión sería estudiar los aspectos referentes a los programas de vacunación. En la reunión del Pleno del Consejo del mes de diciembre de 1992 se constituyó la Comisión de Salud Pública, integrada por los directores generales responsables tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las comunidades autónomas, de la que pasó a depender la Ponencia de programa y registro de vacunaciones. Es importante destacar que los acuerdos trascendentes adoptados en el Consejo Interterritorial como la vacunación antipoliomielitis con vacuna trivalente, el establecimiento de los contenidos mínimos del documento vacunal, las normas para su utilización, son todos acuerdos, como digo, alcanzados en el seno del Consejo, además de la elaboración de normas para el control de la cadena del frío en el transporte y almacenamiento de vacunas, el establecimiento de registros nominales de vacunados, contenidos mínimos de los mismos o la adopción de recomendaciones para la vacunación de adultos, así como también los requisitos mínimos para los estudios seroepidemiológicos de enfermedades prevenibles por vacunación, la definición de grupos de riesgo frente a la hepatitis B y la gripe, la determinación de datos

mínimos de cobertura vacunal que las comunidades autónomas deben proporcionar al Ministerio, entre otras decisiones.

También, dentro de las estructuras específicas creadas en el ámbito del Consejo Interterritorial, se están estudiando y coordinando entre otros temas la evaluación de la cobertura vacunal obtenida anualmente, así como los procedimientos mínimos de adquisición de vacunas y la información general acerca de nuevas vacunas. La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial celebró el 16 de marzo del corriente año una reunión monográfica sobre calendarios vacunales, cuyas conclusiones y acuerdos alcanzados estaban relacionados con el objetivo de conseguir un calendario vacunal único. Entre esas conclusiones, que fueron refrendadas por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que se celebró el pasado 3 de abril, estaba la de encomendar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio que estudiase y efectuase una propuesta de calendario vacunal único para todo el territorio nacional, con el carácter de recomendado, en el que se integrarán las diferencias mínimas existentes entre todas las comunidades autónomas mediante un sistema de bandas o intervalos de tiempo en los que se recomiendan las vacunas y, en todo caso, respetando el ámbito competencial de cada administración sanitaria como no puede ser de otra manera.

En la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial celebrada el día 9 de mayo del corriente año, la Dirección General de Salud Pública dio cumplimiento a ese mandato y planteó una propuesta de presentación única para toda España del calendario de vacunaciones recomendado. La propuesta fue aceptada unánimemente por los directores generales de Salud Pública de las comunidades autónomas y está pendiente de que sea adoptada definitivamente en el próximo pleno del mes de junio del Consejo Interterritorial. La aceptación de este calendario recomendado introduciría modificaciones en los calendarios de vacunación existentes en algunas comunidades autónomas. De aprobarse esta propuesta, sería de aplicación a partir del inicio del año 1996.

Como he dicho ya, señorías, la competencia para establecer el calendario vacunal en su ámbito geográfico le corresponde a cada comunidad autónoma. Por esta razón, los esfuerzos efectuados desde el Ministerio de Sanidad y Consumo han ido encaminados a conseguir la eficaz coordinación de los mismos. Conseguirlo, y en los términos expresados, dependerá no sólo del Ministerio, que ya ha manifestado su voluntad, sino también de la de las comunidades autónomas. Tengo constancia de que la voluntad de las comunidades autónomas también es la de actuar en esa dirección común y, por tanto, estoy segura de que vamos a alcanzar ese objetivo, en el que estamos todos interesados.

El calendario recomendado al que vengo refiriéndome se recoge en este gráfico. Si SS. SS. están interesados, con mucho gusto se lo distribuiremos.

Muchas gracias, señora Presidenta. Estoy a su disposición para las aclaraciones que estimen oportunas.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Ministra.

Además del Grupo solicitante de la comparecencia, ¿desean intervenir otros grupos? (**Pausa.**)

Por el grupo solicitante de la comparecencia, el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Gracias, señora Ministra, por el repaso histórico ilustrativo de la situación del calendario vacunal en España y por recoger una inquietud que mi Grupo Parlamentario le ha planteado en esta legislatura, también en una comparecencia en esta Cámara, y que muchos españoles comparten porque la realidad es que España todavía tiene graves deficiencias, estructurales, no científicas, en cuanto a calendarios vacunales. No discuto en absoluto la eficacia de los calendarios existentes, pero los fines de un calendario vacunal, como es el de establecer un orden cronológico para la administración de diferentes vacunas, tendentes a conseguir una inmunidad adecuada frente a las enfermedades para las que existen vacunas en España, no cumplen plenamente su objetivo, que sería asegurar que los niños sean completamente inmunizados, puesto que existe esa descoordinación—ahora le hablaré de algunas cuestiones que se suscitan en el territorio nacional— y estas enfermedades, que pueden perfectamente ser prevenidas y que podrían soslayarse con el uso de cualquier calendario vacunal de una forma única, se pueden complicar si un español se mueve libremente, como prevé la Constitución, por territorio nacional. A este efecto hemos de señalar que hay unos factores que influyen a la hora de elaborar un calendario vacunal, como el riesgo de contraer una determinada enfermedad en cada zona, caso que no sucede en España, en una edad más o menos temprana, el riesgo de complicaciones según la edad y efectos secundarios asociados o bien a la vacuna o bien a la enfermedad. Otro de los factores que influyen sería la capacidad de respuesta inmunitaria, que naturalmente es más baja en el recién nacido y que aproximadamente a partir del año es más parecida a la del adulto, y una posibilidad de interferencia de los antígenos maternos, sobre todo a partir de la 16 semana del embarazo, donde se produce un paso de la IGG materna a través de la placenta, que supone también un bagaje de aportación de antígenos maternos al feto.

¿Cómo debe hacerse un calendario vacunal teniendo en cuenta todos estos factores? Pues, con dos puntos básicos que, en general, casi todos los calendarios vacunales existentes en España recogen, que son la inmunización básica y el mantenimiento de la inmunidad. Pero en España, en este período en el que estamos viendo qué se va a hacer y qué no se va a hacer, ¿qué está sucediendo? Pues que existen múltiples diferencias en los calendarios de vacunación en las diversas comunidades autónomas, que efectivamente no pueden estar justificadas por la situación epidemiológica de cada comunidad autónoma, puesto que ésta es muy semejante en todas las comunidades.

Como usted ha recordado, señora Ministra, y yo no quiero dejar de señalarlo, que las comunidades autónomas asumen estas competencias según el artículo 48, puntos 1 y 21, y el artículo 149, puntos 1 y 16, de la Constitución. El

Ministerio —al margen de ese recuerdo histórico tan antiguo que la señora Ministra ha recogido— en el año 1979 tenía un calendario oficial, que fue el último para toda España hasta 1981, excepto para Ceuta y Melilla, y hemos visto que, al nacer las comunidades autónomas, hasta el 86 no se inició la coordinación del Ministerio y de las diferentes comunidades. Una coordinación, señora Ministra, que el Ministerio dice que hace pero que, según esta Diputada, deja mucho que desear desde el momento en que desde el Ministerio se contesta a mi petición de información sobre alguna coordinación de vacunas en comunidades autónomas que no es asunto del Ministerio. De modo que esa coordinación, para mí, deja mucho que desear cuando se me dice que el Ministerio no tiene nada que ver en esto. Es cierto que el Ministerio de Sanidad no tiene competencia legislativa, sólo de recomendación, pero ¿por eso contesta así a las preguntas parlamentarias en las que solicitamos esa información? No lo entiendo.

Desde luego, en el mundo científico existe un gran consenso, según el cual actualmente no existe una justificación epidemiológica para que una comunidad autónoma posea un calendario distinto al de otra —esto lo ha reconocido el propio Ministerio, como muy bien ha dicho la señora Ministra— y los cambios que se producen en los diferentes calendarios son, en muchas ocasiones, más bien cambios formales y, como también ha reconocido el Ministerio, rápidos, incoordinados, que a veces pueden originar algún peligro epidemiológico en alguna zona y que, sobre todo, elevan considerablemente el costo sanitario.

En cuanto al usuario, existe una falta de control a la hora de los registros que tiene graves deficiencias. Hay una falta de uniformidad a la hora de la adquisición de las vacunas por parte de los usuarios —tenemos la vacuna libre, con receta o con receta especial—, y la política vacunal deja también mucho que desear en este aspecto. No existen completos estudios económicos que nos den una verdadera visión del coste del proceso, que desde luego es muy interesante para un Ministerio que mira tanto el coste en su actuación, como debe ser. No obstante, España es la que se relaciona con la Organización Mundial de la Salud, a través del Ministerio. Es algo que hay que dejar muy claro. Por todo ello, sería deseable, como sugiere el mundo científico español e internacional, que se uniformase un calendario para todo el territorio español, en el que se recogieran claramente las relaciones coste-beneficio, que serían saneadas. Al fin y al cabo, no podemos olvidar que la relación es de España con la Organización Mundial de la Salud y podrían derivarse, como en este momento estamos viendo, una serie de errores de un calendario que solamente fuese aplicado en algunas comunidades autónomas y no en otras. Por mi deformación profesional de tipo didáctico, le voy a exponer un supuesto práctico que se puede dar en este momento en España. Supongamos el hijo de un fotógrafo, un reportero gráfico, un viajante de comercio que tiene que viajar por el territorio nacional, un niño que nace en Santander y no se le pone la vacuna contra la hepatitis B, a las diez semanas de vida va a Bilbao, donde permanece durante un mes, no recibe la DTP y la polio; desde las 14 a las 18 semanas se va a Cantabria y re-

gresa al País Vasco. A esa edad pierde otra dosis de DTP y de polio; y cuando tiene cinco meses y medio se traslada a Navarra y vuelve a Bilbao a los seis meses y medio y pierde otra dosis de DTP y de polio; a los once meses cambia a Madrid y permanece durante tres meses, y pierde otra vez la dosis de triple vírica; y cuando el niño está a punto de cumplir los seis años de vida, sus padres vuelven a Santander, desde los once meses hasta los seis años, y pierde una dosis de difteria; a los diez años y medio se trasladan otra vez a Madrid, cuatro años después, y pierde la triple vírica otra vez; y retornan definitivamente a los catorce años al País Vasco, cuatro años después, y pierde el tétano y la polio.

Después de este periplo, que es difícil pero es real, porque estamos hablando de períodos de tres, cuatro años...

La señor **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, le ruego que vaya concluyendo.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Concluyo, señora Presidenta. El niño ya acaba el viaje, porque esto es, como todo, pesado y penoso. El niño a los catorce años vuelve al País Vasco y tendría puestas cinco dosis de vacuna sobre un total de 31. Desde luego, es un supuesto práctico pero no descartable, y en todo momento se han seguido los calendarios oficiales de las diferentes comunidades autónomas, esos que coordina el Ministerio de Sanidad, que tienen las transferencias hechas.

La Asociación Europea de Pediatría clama por esta unificación a nivel europeo, estamos en la Unión Europea, y a nivel español sabemos que la Asociación Española de Pediatría, a partir de octubre de 1994, también ha hablado de la necesidad de la ampliación de ese calendario, no solamente de unificarlo, sino también de la ampliación de algunas vacunas. El Consejo Interterritorial, el 3 de abril, habló de la necesidad de un mapa común y todos estuvieron de acuerdo, incluidos los representantes de Cataluña. El día 8 de mayo, también los directores generales de las consejerías, reunidos con el Director General de Salud Pública, pensaron en la necesidad de elaborar un calendario que debería contemplar también la ampliación de la vacuna de la hepatitis B, que todavía no está en algunas comunidades autónomas. En algunas también se habla de la necesidad, más o menos, según qué comunidades, de aceptar o no la incorporación de la «haemophylus influenzae» tipo B que afecta a niños menores de cinco años, con una incidencia entre dos meses y tres años, sobre todo entre los seis y los dieciocho meses. Incluso, el Grupo Parlamentario Socialista en la Comunidad de Galicia lo ha pedido mediante una proposición no de ley. Más tarde o más temprano el «haemophylus» va a tener que imponerse por recomendación de la Organización Mundial de la Salud, porque así lo aconseja, y también la Asociación Europea de Pediatría.

Se dice muchas veces que no tiene una gran influencia esta vacuna, pero si nos damos cuenta, no es que no tenga una gran influencia, sino que administrativamente, como no está reconocida como una EDO, no se recoge la incidencia en cuadros no solamente de meningitis sino respira-

torios graves, como la neumonía o la epiglotitis. Por eso no se puede decir que haya una baja influencia, es que no está reconocida como EDO y no se recoge su incidencia.

En el ámbito nacional, y volviendo a ese gran marco que tenemos a nuestro servicio, afortunadamente, que es la Constitución, el artículo 149. en su punto 16 recuerda que es el Estado quien tiene competencias exclusivas sobre base y coordinación general de la sanidad, y en el punto 1 muy claramente recoge que las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes es igual para todos los españoles, con lo cual debería ser igual en todas las comunidades autónomas.

Por eso, señora Ministra, nuestro Grupo Parlamentario hoy va a presentar ante la Cámara una proposición de ley sobre esta unificación del calendario vacunal, y además, porque vemos su predisposición benévola a que esto se lleve a cabo, como no era menos de esperar su preparación.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV) tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: En el día de hoy volvemos a debatir nuevamente un tema que recientemente ha sido también objeto de análisis y discusión parlamentaria en esta Cámara.

Yo creo que ha quedado suficientemente claro en la exposición inicial de la Ministra de quién es la responsabilidad política en esta cuestión, porque cuando se está hablando de coordinación, la coordinación es una herramienta de un deber recíproco, mutuo. Es decir, la coordinación no solamente corresponde al Ministerio de Sanidad, sino que, en definitiva, es un instrumento interadministrativo en el que ha de haber una reciprocidad entre ambas partes. Por tanto, es una manera esencial de colaboración en un Estado que no es unitario, porque se está hablando mucho en esta Cámara de unidad, cuando España no es un Estado unitario, es un Estado compuesto, descentralizado, es un Estado de naturaleza distinta al federal, pero con un poder político compuesto y en el que cada poder político, el central o el autonómico, tienen sus responsabilidades políticas. En consecuencia, es necesario deslindar en qué situación política nos encontramos. Por lo tanto, cuando se decía que es de la competencia de las comunidades autónomas, pues así es, y la responsabilidad política habrá que exigirla a quien es competente por razón de la materia.

A nosotros nos llama la atención que se invoquen determinados preceptos constitucionales que nada tienen que ver con tal cuestión, porque el 149.1 y 16 son relativos al ejercicio de competencias legislativas básicas. Aquí no estamos hablando de competencias legislativas básicas, sino de una mera cuestión de ejecución y de gestión de los servicios sanitarios. Hay que deslindar. Y menos el 141.1. Recientemente el catedrático señor Pérez Royo, en el tema de la retribución de los médicos, hacía un análisis perfecto de cómo está configurado el poder político sanitario en España. En consecuencia, cada uno tiene sus responsabilidades políticas en sus esferas competenciales, de conformi-

dad con el bloque de la constitucionalidad, Constitución y Estatutos de Autonomía. En ese sentido, además, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional es exhaustiva, viene diciendo que cada poder político, en función de sus competencias, puede desarrollar sus propias políticas, sin perjuicio de que haya una colaboración y coordinación en un Estado compuesto como el español. Por tanto, cuando se dice que existe un Estado compuesto, en definitiva se supone que uno puede realizar sus propias políticas medioambientales, sus propias políticas sanitarias, sus propias políticas educativas. Eso es esencial. Esa es la diferencia y características que el Tribunal Constitucional en su jurisprudencia recogió. No tiene que haber una uniformidad en la competencia, entonces no habría un Estado compuesto sino un único Estado.

Nos llama la atención, e incluso nos dan un poco de temor, determinadas consideraciones que se hacen sobre la unidad, la uniformidad, la absoluta homogeneidad. La responsabilidad en este caso es compartida, en cuanto al poder político y en cuanto a la gestión de lo que se llama el desarrollo y la ejecución en materia de Sanidad, y por tanto, estamos de acuerdo con el planteamiento que se ha adoptado en el Consejo Interterritorial de Salud, donde se determina el absoluto respeto competencial —creo recordar que en el acuerdo del 3 de abril de 1995— sin perjuicio de que se ha de tender hacia esa coordinación entre los poderes centrales sanitarios y los poderes sanitarios autonómicos. En ese sentido, somos partidarios de que tiene que existir un mínimo común denominador sanitario, un mínimo común denominador de gestión, pero eso no impide que sea en función de las diferencias o matices epidemiológicos que pueda haber en cada comunidad Autónoma; por ejemplo, en el País Vasco se está vacunando contra la tuberculosis porque los comités de expertos consideran que existe un riesgo de contraer esa enfermedad y se vacuna, y en otros sitios no se vacuna.

En definitiva, y con ello voy a concluir, señora Presidenta, vemos que puede haber disfunciones, pero cada poder público es responsable política y judicialmente de las competencias que el bloque de la constitucionalidad, Estatutos de Autonomía y Constitución, le han asignado. Lo que esta cámara puede hacer únicamente es establecer la normativa básica, y aquí no estamos hablando de normativa básica sino de una cuestión que es de gestión y ejecución de una política sanitaria. Creo que es necesario deslindar políticamente la responsabilidad de cada uno de los poderes públicos sanitarios, el central y el autonómico.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILLA**: Señora Ministra, señoras y señores Diputados, desde nuestro punto de vista está claro que hay dificultades importantes en el sentido de unificar el calendario. En primer lugar, porque existen diferencias epidemiológicas entre las diferentes comunidades autónomas, e incluso pueden existir diferencias epidemio-

lógicas más localizadas aún, por tanto, eso es muy relativo, de ahí la dificultad de unificar un calendario.

Nuestro criterio, al que no renunciaremos jamás, es que hay que respetar las competencias de cada comunidad autónoma en esta materia. Se ha dicho aquí que ésta es una competencia del Estado. ¿Es que se entiende que las comunidades autónomas no son Estado, ya sean de un color o de otro? Las comunidades autónomas son Estado y hay que respetar esas competencias, aunque ello suponga una dificultad inherente para unificar un calendario, pero ello no quiere decir que no podamos hacer otros viajes hipotéticos que nos conduzcan a unas conclusiones más irreales de las que se hayan podido llegar a producir.

Agradecemos a la señora Ministra la explicación que nos ha dado de la reunión, tanto del Consejo de Salud Pública de 16 de marzo como del propio Consejo Interterritorial de 3 de abril y 4 de mayo, puesto que, desde nuestro punto de vista, respetando no sólo la Constitución sino también los estatutos respectivos, posiblemente la mejor solución para un calendario vacunal sea dar unos márgenes de tiempo en la aplicación de las diferentes vacunas, al igual que ocurre en otros países, como por ejemplo Estados Unidos, donde tampoco es uniforme. En cualquier caso, entendemos que quizá la mejor solución sea la del calendario recomendado, que parece ser que va a entrar en funcionamiento, y así lo esperamos, en el año 1996, fruto del acuerdo, en el seno del Consejo Interterritorial, entre el Ministerio y los respectivos consejeros de las comunidades autónomas, calendario de bandas que incluye el mismo tipo de vacunas pero que da un cierto margen en cuanto a las fechas, respetando las competencias de las comunidades autónomas. Nosotros entendemos que, dentro de un diálogo constructivo, este tema no tiene por qué presentar dificultades, y menos hasta el extremo que han querido plantear algunos intervinientes que me han precedido.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Gimeno Ortiz.

El señor **GIMENO ORTIZ**: Señora Ministra, después de su intervención, al Grupo Parlamentario Socialista le resta poco que decir en este tema puesto que no sólo compartimos las propuestas y resoluciones adoptadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sino también las reflexiones que usted ha realizado en su exposición, reflexiones que coinciden con las manifestaciones que el Grupo Parlamentario Socialista expresó el pasado 25 de abril como consecuencia de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular que instaba al Gobierno a que se ampliara el tipo de vacuna dentro del calendario obligatorio de vacunación de los niños españoles, incorporando a dicho calendario las vacunas contra la hepatitis B y contra la meningitis. Las razones que expusimos para oponernos a esa proposición no de ley se podrían resumir en una serie de apartados. En primer lugar, una razón política fundamental, como se ha expuesto aquí, que es la competencia de las comunidades autónomas en este tema y, por tanto, la responsabilidad administrativa, sanitaria y polí-

tica; en segundo lugar, el carácter de recomendación y no obligatoriedad de las vacunas, como mal se expresaba en esa proposición no de ley, carácter de recomendación que entendíamos que era poco apropiada para el establecimiento de una normativa de carácter básico; en tercer lugar, por la aceptación, el prestigio y la confianza que tienen los ciudadanos en los calendarios infantiles, lo que supone que cuando se introduce sin previos estudios pilotos, estudios seroepidemiológicos, etcétera, una vacuna que tenga poca incidencia, puede llevar al desprestigio global de los calendarios. Igualmente, decíamos que era confusa esa propuesta puesto que en ella se hablaba de vacuna contra la meningitis y nosotros decíamos que la meningitis tiene padre y madre, todo ello unido a criterios epidemiológicos. También es cierto que dejábamos constancia del enorme esfuerzo realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Consejo Interterritorial, y por tanto del Ministerio y del resto de las comunidades autónomas a efectos de coordinación, e incluso hacíamos una enumeración de las reuniones que habían tenido lugar a través de las distintas subcomisiones, incluyendo la que usted ha citado, así como la señora Ministra, del pasado 3 de abril, que también se refería al «haemophylus» tipo B y al intento de unificar en lo posible los calendarios vacunales.

En cualquier caso, desde mi punto de vista, lo que yo creo que en realidad preocupa al ciudadano con respecto a los calendarios infantiles es lo siguiente. En primer lugar, que sea ofertado a toda la población, independientemente del lugar de residencia, es decir, que en cualquier punto geográfico donde haya una pequeña agrupación urbana, por muy alejado que esté de cualquier centro de salud, se tenga la garantía de que la vacuna llega, que no haya una discriminación económica. Por eso no entendía bien a lo que usted se refería cuando hablaba de recetas; las recetas son para cuando no está incluido en el calendario vacunal infantil, y los pediatras, en sus consultas particulares, no hacen caso de esa recomendación de la Sociedad Española de Pediatría a la que usted aludía, en la cual, aparte de imprimir el calendario, se dice que la recomendación universal debe valorarse —se refiere al «haemophylus» tipo B— en base a la situación epidemiológica y/o introducción de vacunas combinadas. Por tanto, no le dice a los pediatras que, sin conocer la situación epidemiológica, pueden recetar en sus consultas privadas, lógicamente a través de recetas, la vacuna frente al «haemophylus» B, puesto que la vacuna es gratuita. En segundo lugar, incluye a todas las vacunas existentes en el mercado internacional que protejan frente a enfermedades que, por su morbilidad, mortalidad o complicaciones a que pueda dar lugar, sean susceptibles de ello, vacunas que han de tener un grado de protección importante, con ausencia de reacciones adversas, o al menos que la diferencia entre el riesgo de una y otra sea considerable. A la administración sanitaria le pedimos que ponga en marcha una estrategia de información sanitaria de vacunación, de manera que alcance una cobertura aproximada al cien por cien; recogida y tabulación adecuada de datos, con estudios seroepidemiológicos y mantenimiento de cadena del frío, de manera que garantice el poder inmunológico; e inclusión de todas las vacunas que sean nece-

sarias para proteger a la población infantil y adulta con criterios epidemiológicos y no economicistas.

Por tanto, yo creo que el hecho de que existan diferencias puntuales entre los calendarios de vacunación de las distintas comunidades autónomas en relación a edad, a algunos tipos de dosis, etcétera, carece de importancia epidemiológica, carece de relieve sanitario y no preocupa a los ciudadanos, siendo competencia de las comunidades autónomas. No estamos de acuerdo en que, por estas diferencias puntuales, exista peligro epidemiológico, como aquí se ha expuesto. Hay que tener en cuenta —y yo agradezco que no se haya mencionado la agencia de viajes que ha realizado el itinerario de Marco Polo que usted nos citaba— que los calendarios vacunales cuentan con un equipo sanitario (un médico y un diplomado en enfermería) que impone sus criterios y que no es algo mimético, sino que también hay calendarios de vacunación reducida, etcétera.

Qué duda cabe que estas competencias de las comunidades autónomas pueden obedecer a criterios objetivos, criterios de planificación adaptada al medio. En cuanto a la incidencia epidemiológica que pueda haber, creo que el ejemplo que ha puesto el portavoz del Partido Nacionalista Vasco con relación a la tuberculosis es clarísimo, depende del grado de endemia; por tanto, aunque éste sea un foro político y no de debate técnico, puesto que aquí se están dando argumentos técnicos, hay que decir que depende del número de meningitis tuberculosa, no de una decisión política, depende de criterios epidemiológicos.

Desde mi punto de vista, al final salió lo que tenía que salir, señora Ministra, que es la vacuna frente al «haemophylus» tipo B. En realidad, si existe un acuerdo global y no puntual con relación al calendario único, mejor que mejor, pero posiblemente, refiriéndome al «haemophylus» tipo B, si no existiese mimetismo, nunca justificable en salud pública, y si no existiesen presiones o intereses de muy diversa naturaleza, a lo mejor no estaríamos solicitando la presencia de la señora Ministra en esta Comisión de Sanidad y Consumo, sino que posiblemente se estarían debatiendo otros temas sanitarios de mayor calado.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuesta a las distintas intervenciones, tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias a todos los portavoces por sus intervenciones y sus aportaciones. Me gustaría, a la vista de lo que aquí se ha dicho, hacer una reflexión general, que he tratado de hacer en mi exposición inicial, pero que me gustaría poner de manifiesto. Yo creo que el cuadro competencial es determinante, la atribución de competencias en esta materia es determinante y por eso he empezado por ese planteamiento. Además, aunque sea tedioso, señora Fernández de Capel, yo creo que, a veces, para entender de verdad cuál es la situación y valorar adecuadamente lo que se ha hecho, hay que hacer ese repaso histórico, y me he remontado mucho para no ceñirme exclusivamente al último período. En todo caso, el reparto es claro, la

Constitución es clara, las competencias en esta materia son claras, y es verdad que debemos distinguir entre la responsabilidad de cada una de las administraciones sanitarias. Naturalmente que Estado somos todos y, por tanto, si ha habido alguna expresión inadecuada, yo creo que conviene aclararlo. Estado son las comunidades autónomas, cómo no van a serlo.

Por tanto, hay que partir de la clarificación, como resaltaba el señor Gatzagaetxebarría, de qué estamos hablando, de quiénes son las responsabilidades y quiénes tienen atribuidas las competencias, porque si no nos podemos equivocar seriamente en el planteamiento. Desde ese reconocimiento, me gustaría que se reconociera también la labor que desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y desde la Dirección General de Salud Pública se ha hecho al coordinar una materia extraordinariamente difícil y con un grado de consenso que no deberíamos enturbiar, porque a veces lo mejor es enemigo de lo bueno y bastantes problemas existen, yo creo, en la realidad como para inventarnos algunos. No hay problemas competenciales en esta materia, y nos los hay porque, con enorme esfuerzo, con enorme sentido de la responsabilidad, los responsables sanitarios han decidido ponerse de acuerdo, lo que habría sido muy difícil sin ese espíritu de cooperación y de coordinación, porque las competencias, como digo, son claras. Pero resulta que han decidido ponerse de acuerdo, y la actitud de los responsables sanitarios en esta materia es encomiable y creo que debe ser reconocida en esta Cámara y, por tanto, no llevar más allá el celo de la defensa ni de grupos ni de competencias, que podrían enturbiar una materia en la que no existen problemas.

Si SS. SS. me lo permiten, para saber de qué estoy hablando, puedo leer muy brevemente las conclusiones de la reunión de marzo de 1995. Las conclusiones son de este tenor: primero, es unánime el acuerdo respecto a que la existencia de un calendario vacunal único constituye un objetivo deseable. Es unánime la opinión de todos los responsables sanitarios y estamos hablando de un calendario vacunal único, no estamos diciendo si se puede o no se puede imponer, estamos diciendo que hemos conseguido decidir por la vía más importante, que es la de la razón, la del convencimiento de que esto es eficaz para que las vacunaciones sean más eficaces, al margen de las competencias que cada uno tenga que imponer las vacunas que quieran, que es conveniente un calendario único; es tan razonable que así se acuerda por unanimidad. Segundo, se solicita por parte de la Comisión de Salud Pública la colaboración de la Asociación Española de Pediatría para que, en la difusión de sus recomendaciones respecto de pautas vacunales, otorgue prioridad a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial. Es decir, que también aquí hemos conseguido ponernos de acuerdo sobre este llamamiento a la Asociación Española de Pediatría para que siga de cerca las recomendaciones del Consejo.

Hay otras conclusiones más concretas respecto a asuntos concretos, pero éste es el tono con el que se trabaja en esa Comisión de Salud Pública, y éste es el consenso básico que se ha alcanzado y que me parece que no deberíamos poner en cuestión, sino al contrario, deberíamos cele-

brar todos que en algún ámbito seamos capaces de anteponer las responsabilidades sanitarias que tenemos sobre la salud de la población a consideraciones de otra índole. En todo caso, yo creo que compartimos —y aquí se ha puesto de manifiesto— la necesidad absoluta de esa coordinación y lo deseable que es que se homologuen esos criterios, no para uniformizar, pero sí para garantizar la eficacia de las vacunaciones.

Respecto al supuesto del niño viajero de la señora Fernández de Capel, yo creo que lo primero que hay que decir es que este niño viajaría con su cartilla de vacunación. La cartilla de vacunación tiene que registrar las vacunaciones que lleva hechas en todas partes, y cada pediatra debe consultarla. De manera que con esa descripción que nos ha hecho, señora Fernández de Capel, yo creo que este niño en lo que mejor estaría sería en las vacunas, porque verdaderamente con esa vida perdería muchas cosas, pero la cartilla de vacunación tiene como objeto garantizar ese rastro que los pediatras pueden consultar en cada momento y contrastar qué vacunas se le han puesto y cuáles no.

Por lo que se refiere a la vacuna de la «haemophylus», si SS. SS. me lo permiten, me gustaría hacer algún comentario. Hay bastante acuerdo también en el seno del Consejo Interterritorial sobre el hecho de que la inclusión de esta vacuna en este momento sería prematura. Es verdad que distintos países la han incluido ya en sus calendarios, pero también es verdad que son países con unas tasas mucho más altas que las españolas. Por ejemplo, Estados Unidos, antes del inicio de la vacunación tiene una tasa de incidencia de 100 casos por cada 100.000 menores de cinco años; en España son ocho, frente a 100. De manera que la diferencia de tasa de incidencia conduce a la conclusión de que, en este momento y con esas tasas, sería prematuro. En todo caso, se está profundizando en el estudio de la eficacia y de la seguridad de la vacuna. Un calendario vacunal y las recomendaciones en materia vacunal, naturalmente que están siempre abiertas y que el avance en estos estudios y en el conocimiento de los casos puede en cualquier momento hacer adoptar la decisión de aconsejar su inclusión, pero, por el momento, la diferencia en la tasa de incidencia de España respecto a países que ya la tienen, es espectacular.

Respecto a la vacuna antihepatitis B, a la que se ha hecho referencia también, en el Consejo Interterritorial se decidió la más rápida implantación de esta vacuna entre los adolescentes, y la situación es que 14 comunidades autónomas ya la tienen establecida con carácter general, las tres restantes la inician en octubre, y cuando esté consolidada en todo el territorio nacional, el panorama es que se estudiará si es conveniente extenderla a los recién nacidos, porque la opción que se ha tomado es la de los adolescentes.

De manera que en cuanto a los casos concretos, ésta es la situación. En cuanto al carácter de recomendación del calendario, reitero mis consideraciones iniciales en el sentido de que debe ser recomendado y no obligatorio. Y respecto a la clarificación competencial y a la situación en la que estamos, yo creo que debemos tener claro cuál es la competencia de cada administración sanitaria. También

me gustaría hacer un reconocimiento expreso a la eficaz labor que se ha hecho en el ámbito de salud pública, consiguiendo un grado de consenso y de cooperación en esta materia que me parece realmente, primero, eficaz; segundo, tranquilizador, porque se están tratando problemas de salud que no deben tener límites tan drásticos como en otras materias; y, tercero y sobre todo, porque redunda en la eficacia a la hora de abordar los problemas de salud pública. Y como eso sólo se puede hacer desde el razonamiento y desde la voluntad de cooperación, que no desde la imposición, me parece que es justo reconocer ese esfuerzo y esa eficacia que se ha logrado en la cooperación de los responsables sanitarios. **(La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, ¿me explica para qué solicita la palabra?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Para responder a una afirmación que ha hecho el señor Gimeno y que, desde luego es necesario aclarar.

La señora **PRESIDENTA**: Yo no he escuchado ninguna referencia concreta personal.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Sí, señora Presidenta, se ha hecho un juicio de intenciones.

La señora **PRESIDENTA**: Perdona, deje que termine. Los señores diputados han emitido sus opiniones y no se ha percibido una alusión directa personal o personalizada. No obstante, le concedo la palabra, aunque con el ruego de que no entre en turno de réplicas, contrarréplicas e intervenciones cruzadas.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Muchas gracias, pero en todo momento he actuado siguiendo unos criterios científicos, unos criterios políticos que libremente tengo derecho a expresar y más en esta Cámara, y no tolero que se hagan juicios de intenciones sobre intereses, cuando de lo que yo estoy hablando aquí es de opiniones científicas, que han sido reconocidas no solamente por la señora Ministra, sino por todos los consejeros de todas las autonomías. Cuando hablo de «haemophylus» expreso libre y científicamente mi opinión, pero no es de recibo, señora Ministra, que se acuse de intereses; o que lo aclare o que se calle, pero ni él como Diputado debe hacerlo ni yo como Diputada ni como persona lo admito, ni S. S., señora Presidenta, debería sentirlo en esta Cámara.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Gimeno, le ruego aclare su intervención.

El señor **GIMENO ORTIZ**: De forma muy breve. No para callarme, sino para aclarar. Yo creo que es una mala interpretación. He dicho que hay presiones. Es evidente que hay presiones cuando el propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se dirige a la Asociación

Nacional de Pediatría para decir que intente homologar el calendario a las directrices del Ministerio, que es el organismo competente, en asociación con las comunidades autónomas.

Es evidente que hay presión, puesto que el coste del calendario es importante; que hay presión es evidente porque el propio laboratorio que fabrica la vacuna a que nos estamos refiriendo, independientemente de que haya varios y de que en su momento habría que hacer estudios pilotos para determinar el número de vacunas, etcétera, toma el calendario de la Asociación Española de Pediatría, lo reparte en todos los centros sanitarios y, por tanto, crea confusión no sólo entre los ciudadanos, lo cual es muy importante, sino entre el propio personal sanitario. Tan cierta es esta confusión que en las consultas de pediatría se recomienda la vacunación frente al «haemophylus» tipo B por parte de los pediatras y el padre se piensa que es una vacuna que, por criterios economicistas, no introducen las administraciones sanitarias, bien sean autonómicas o del Ministerio, cuando eso no es cierto. No hay una vacuna de ricos y otra de pobres, es que la incidencia en España, con la situación actual, posiblemente indique la necesidad de hacer estudios seroepidemiológicos para tomar una decisión al respecto.

A eso es a lo yo me refería cuando decía lo de las presiones. Si usted ha interpretado otra cosa, le pido disculpas porque está claro que mi intención era la que es, que en realidad es la que manifesté públicamente en diversas ocasiones. Pero no dude usted de que existe presión, señoría. Por tanto, no me puedo callar.

La señora **PRESIDENTA**: Concluida esta primera comparecencia del segundo punto del orden del día, despedimos a la señora Ministra de Sanidad y Consumo y pasaremos a la siguiente. **(Pausa.)**

El señor Fernández-Miranda tiene la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: El Grupo Parlamentario Popular querría que aclarase si la sesión ha sido interrumpida o no y si va a ser norma, sin interrumpir las sesiones, que la Presidencia e incluso parte de la Mesa acompañe en séquito a los miembros del Gobierno que comparecen mientras el resto de los parlamentarios, incluso de los comparecientes, ocupan sus sitios sin que haya mediado ningún tipo de suspensión.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, efectivamente, de manera absolutamente extraordinaria, y no le sabría decir por qué —es la primera vez que esto ocurre—, en un principio todos los miembros de la Mesa, salvo el Letrado, hemos acompañado a la señora Ministra a la salida. Ruego a la Comisión que disculpen esta descortesía por mi parte. No ha habido una interrupción de la sesión y, por tanto, les pido disculpas y estoy segura de que recojo el sentir de absolutamente todos los miembros de la Mesa.

Igualmente pido disculpas al señor Parras, compareciente siguiente.

El señor **BASSETS RUTLLANT**: No es descortesía, es cortesía.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Es descortesía con la Comisión.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, toda la Mesa, por cortesía seguramente con un miembro del Gobierno, posiblemente ha cometido una descortesía con el resto de los miembros de la Comisión. No se ha suspendido la sesión y no hay más discusión. Me parece que por mi parte es absurdo hacer una discusión de un tema absolutamente nimio.

Continuamos la sesión porque no ha sido suspendida, evidentemente.

— **DEL SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), PARRAS VAZQUEZ, PARA QUE INFORME SOBRE «LAS CAMPAÑAS DE PANTALLAS INTERACTIVAS DE INFORMACION DEL SIDA EN CENTROS DOCENTES». A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 212/001419.)**

La señora **PRESIDENTA**: Comparecencia del Secretario del Plan Nacional sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, don Francisco Parras, para que informe sobre las campañas de pantallas interactivas de información del sida en centros docentes.

Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

¿Desea el Grupo Parlamentario Popular hacer una primera intervención? **(Pausa.)**

Señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Hay también una segunda comparecencia, solicitada por otro Grupo, que también afecta al Secretario del Plan del SIDA y me gustaría saber si se van a subsumir.

En todo caso quiero hacer una puntualización a la Presidencia, para la que supongo que habrá generosidad por parte del compareciente. Me refiero a que ha habido algún error, que probablemente se imputará a nuestro Grupo, en la transcripción de esta petición de comparecencia. La comparecencia no era exclusivamente para que informara sobre las pantallas interactivas, sino para que informara en general de la evolución del Plan Nacional sobre el SIDA y de todos aquellos temas y aquellas acciones que el Secretario del Plan había anunciado en esta Comisión. Me gustaría contar con la generosidad del Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA y con la comprensión de la Mesa para que realmente tuviéramos la ocasión de no circunscribirnos a este hecho tan concreto y tan puntual, porque creo que el tema merece abordarlo en más profundidad.

Yo, en todo caso, no tengo ninguna intervención previa. Simplemente me gustaría que fuera el Secretario General

del Plan del SIDA el que nos informara previamente de la marcha de la evolución de los datos que en estos momentos disponemos y de todas las campañas y acciones de las que se nos informó en la anterior comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Quiero señalar dos cuestiones. En primer lugar, se ha previsto hacer de manera separada las dos comparecencias. En segundo lugar, el texto de la solicitud de comparecencia dice exactamente: «Para que informe de las campañas de pantalla interactivas de información del sida en centros docentes».

El error habrá surgido en algún otro sitio. Este es el texto de la solicitud, con lo cual, el Secretario del Plan Nacional del sida no está en estos momentos obligado más que a responder la comparecencia en los términos expresados. Si considera que al hilo de esta comparecencia puede aportar otra serie de datos, que lo haga así, pero, en principio, la comparecencia es en los términos en que viene expresada.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA** (Parras Vázquez): Si a ustedes no les importa, a mí me gustaría, ya que hemos hecho el esfuerzo, presentarles el motivo de la comparecencia, que puede ser absolutamente complementario con las actividades que tengo que presentarles en la segunda. Lo digo porque creo que no es conveniente que, después de que hemos desarrollado un trabajo de información y un esfuerzo para que ustedes tengan una intervención pertinente, la despreciemos en este momento. Si a ustedes les parece bien, les informo del proyecto y lo utilizan como complemento a mi siguiente comparecencia, en la cual, encantado, les doy ampliación de todas las actividades que desarrollamos, incluida ésta.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: He empezado por reconocer que tal vez el error esté en la tramitación por parte de nuestro Grupo. Esto no es óbice para que, reconociendo la importancia que este tema tiene para la sociedad española y contando con la presencia del Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA, yo haya solicitado de la generosidad que debe tener y su sensibilidad sobre este tema para poder informar sobre otros aspectos. Es de suponer que el Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA tiene la información suficiente. Yo no estoy despreciando, bien al contrario, porque éste es uno de los temas que se supone iban a figurar en la comparecencia.

Uno de los temas estrellas que nos anunció el Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA fue el de las pantallas interactivas que sabemos que se han implantado en algunos centros, pero además se anunciaron otra serie de medidas que creo en este momento a la Comisión y en general a la sociedad española interesan y yo creo que el Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA debe tener en la cabeza, aunque no sea en los papeles, la información de lo que sucede. Yo pido esa generosidad. No obstante, si no

está en circunstancias de facilitar esa información, solicitaremos una nueva comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Les ruego que concretemos. Tiene la palabra el señor Parras.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA** (Parras Vázquez): Por la información que tenemos en la Secretaría, yo sé que ustedes han solicitado dos comparecencias: una para este tema en concreto y otra para informar de la situación del sida en España.

Yo estoy encantado de ampliar toda la información, pero de alguna forma me gustaría contestar un poco a las dos comparecencias y, ya que hemos hecho el esfuerzo, que ustedes conozcan en profundidad el tema y les valga como elemento complementario para la siguiente comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Señorita, vamos a proceder según está formulado en el orden del día. Vamos a realizar esta primera comparecencia del Secretario del Plan Nacional sobre el Sida para que informe sobre las campañas de pantallas interactivas de información del sida en centros docentes.

Tiene la palabra don Francisco Parras.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA** (Parras Vázquez): Señora Presidenta, señorías, comparezco para informar del desarrollo del programa «Sida Jóvenes», dentro de las actividades programadas para el bienio 1994-95 de la Secretaría del Plan.

Desde la aparición del primer caso de sida en 1981 hasta el 31 de marzo de 1995, se han declarado en España más de 30.000 casos de sida y existen alrededor de 120.000 personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

El sida se ha convertido en uno de los problemas más importantes de la salud pública que afecta a todos los miembros de la sociedad española. ¿Por qué, entonces, una campaña de prevención del sida y otras enfermedades de transmisión sexual destinada a jóvenes? El 82 por ciento de los casos de sida se da entre 20 y 39 años, lo que significa que estos individuos contraen la infección en edades aún más precoces, entre 15 a 29 años. Los jóvenes son la población más expuesta a contraer la infección, ya que constituyen el sector de la población sexualmente más activa y, por otra parte, entre ellos se encuentran aquellos que en el futuro próximo tendrán o ya tienen prácticas sexuales y algunos de ellos, desgraciadamente, consumen drogas por vía parenteral.

Los jóvenes y adolescentes son los adultos del futuro que tendrán que aprender a vivir con una epidemia que exige un cambio de hábitos y costumbres para frenarla. Las herramientas a utilizar no son más que la educación sanitaria y sexual y evitar los comportamientos de riesgo.

Los objetivos generales de esta campaña son los siguientes: informar a los jóvenes sobre las enfermedades de información sexual y el sida y la importancia que determinados comportamientos tienen en la expansión de la epide-

mia; prevenir la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; generar actitudes positivas, activas y no fatalistas, y, fomentar la solidaridad con los afectados en las actividades cotidianas.

Las ideas generales que se transmiten con esta campaña son: El sida es una epidemia cuya difusión depende del comportamiento humano; introducir el concepto de libertad basado en las decisiones individuales y no colectivas; asociar VIH y sida con comportamientos de riesgo y no con colectivos; destacar la inexistencia de signos externos que identifiquen a las personas infectadas; asociar la transmisión de la infección al uso de alcohol y drogas como responsables de comportamientos que en condiciones normales no se producirían e introducir el concepto de sexo seguro entre jóvenes.

Cabe destacar que la expansión del sida está íntimamente relacionada con el comportamiento humano, por lo que todos los esfuerzos destinados a informar y prevenir son hoy en día las acciones más eficaces en la lucha contra el sida.

El proyecto de «Sida Jóvenes», incluido dentro del plan de modernización de las administraciones públicas y llevado a cabo en el marco del convenio establecido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia para la educación afectivo-sexual en los jóvenes, fue adjudicado a través del concurso público 36/94, para el suministro de puntos de información con destino al Ministerio de Sanidad y Consumo, según el «Boletín Oficial del Estado» de 27 de mayo de 1994, con una dotación presupuestaria de 290 millones de pesetas, y tiene como objetivo mejorar la educación y promoción de la salud entre los jóvenes en el área afectivo-sexual, específicamente en prevención del sida y enfermedades de transmisión sexual.

La ambición de estos objetivos era incompatible con los soportes habituales de comunicación a los que no siempre acceden los jóvenes con interés y fluidez. La necesidad de acercar la información a los jóvenes, hacerla atractiva, desprovista de convencionalismos y brindarles un soporte poco común y, por otro lado, innovador, fueron las bases de este proyecto.

La estrategia y el soporte para llevar a cabo la campaña han sido muy meditados en la meta de hacer llegar esta información al máximo de jóvenes. Se prescindió de los medios de comunicación habituales, de escasa penetración masiva en el ámbito juvenil y estudiantil, y se eligió un soporte que debía respetar las siguientes propiedades: acercar la información a los jóvenes, localizándose en entornos de gran concentración juvenil; ofertar posibilidades de interactividad, despertando así un mayor interés y favoreciendo consultas específicas; utilizar un lenguaje ágil y exento de convencionalismos; facilidad de navegación y oferta en múltiples opciones de información; enfoque adaptado a actitudes heterogéneas y rango amplio de edades; combinación de información técnica y de divulgación con componentes muy llamativos de creatividad y aspectos lúdicos, y, por último, que el proyecto tuviera una rentabilidad económica y social.

Nuestra campaña «Sida Jóvenes» integra un sistema de tecnología CDI con disco compacto interactivo, que hoy

en día es una de las potentes y evolucionadas para el desarrollo y presentación de aplicaciones multimedia destinadas al uso público y especialmente al área de la educación y el ocio.

El equipamiento consta de una campaña de televisión y un lector cubierto de un armazón que está siendo muy atractivo para los jóvenes usuarios, pero el núcleo del proyecto es la aplicación diseñada cuya difusión se está realizando en las cuatro lenguas cooficiales del Estado: castellano, catalán, gallego y vasco.

La aplicación diseñada se compone de tres grandes bloques. Hay un menú principal de información, al que hemos llamado Infosida, compuesto por 16 unidades de información sobre la salud, la sexualidad, los métodos de planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, las drogas y, por último, el VIH y el sida, haciendo especial hincapié en la educación sanitaria, los comportamientos saludables y la prevención. Por último, trata de fomentar las actitudes integradoras y la solidaridad con las personas afectadas por el VIH y el sida, cerrando este menú principal de información.

Dentro de la aplicación, un segundo bloque, al que hemos denominado «antisida», integra un video-juego construido a partir de situaciones cotidianas en el que los jóvenes habrán de tomar decisiones basadas en la información que se les aporta hasta completar un gran puzzle.

Por último, el tercer bloque, denominado «docusida», se compone de una unidad de documentación, donde se aporta información sobre la historia de la epidemia en el mundo; un diccionario de términos cuyo contenido cubre desde argot hasta terminología científica; una base de datos actualizada sobre VIH y el sida en el mundo, en Europa y en España; respuestas a las preguntas más frecuentes formuladas por los jóvenes sobre el sida y su prevención y un directorio de teléfonos de las administraciones sanitarias implicadas en la lucha contra el sida.

Los equipos van destinados a centros universitarios de formación profesional y bachillerato del Estado cubriendo el espectro de jóvenes entre 16 y 25 años. Calculamos que la totalidad del proyecto durante los dos años de su duración va a alcanzar más de dos millones de usuarios.

Con este proyecto, liderado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, hemos querido desarrollar una campaña de prevención que, hasta el momento, no tiene precedentes en el mundo de la salud pública en la educación sanitaria. Este proyecto se compone de 170 puntos interactivos, con diseño externo de hormigón, que han sido instalados en los centros universitarios de toda la geografía nacional, 100 equipos autónomos compuestos por televisor y un lector de CDI para centros de formación profesional y bachillerato, 2.000 copias adicionales de CDI y 3.439 vídeos que han sido distribuidos entre los centros a los que no podíamos acceder mediante los equipos fijos. Estos puntos de información cubrirán toda la geografía nacional durante dos años, previendo cuatro cambios de posición con el fin de acercarlos al máximo número de estudiantes. Los centros con menor concentración estudiantil se cubrirán con los vídeos. La duración del proyecto es de dos años y durante este período se realizarán cuatro ubicaciones dis-

tintas cada seis meses de los 170 puntos interactivos y también se prevé un programa de mantenimiento preventivo o correctivo en caso de avería a través de la empresa adjudicataria. A lo largo de estos dos años también se tiene previsto realizar dos revisiones de ampliación del contenido y carga de datos en el proyecto.

Con este proyecto, señorías, intentamos aumentar la oferta de posibles herramientas que existen ya en todo el Estado para mejorar la educación entre los jóvenes y promover comportamientos saludables entre ellos para prevenir la infección del VH y el sida en España.

La señora **PRESIDENTA**: Además del Grupo solicitante, ¿desean intervenir otros Grupos? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Gracias, señor Parras, por su información. Insistiendo de nuevo en que quizá haya habido un error por parte de nuestro Grupo a la hora de entender estas comparecencias, yo no quiero dejar pasar su presencia sin hacer alguna afirmación de carácter general, porque muy recientemente hemos tenido profusión de datos a través de los medios de comunicación sobre la situación del sida en nuestro país que continúan siendo preocupantes y que, lejos de aminorar esos efectos espectaculares de las cifras, van alarmando cada día más a la población en general, máxime cuando uno de los datos que arrojan precisamente las cifras de este año es precisamente lo que ya se había detectado con bastante tiempo y que habíamos denunciado en esta Comisión, en algún caso con cierto desprecio por parte de la Administración, que era el presumible, como y es así, aumento importante de la transmisión por vía heterosexual. Ese es uno de los datos más preocupantes que en este momento hay que valorar. Creo que los esfuerzos que está haciendo la Administración en este sentido han sido claramente insuficientes en el pasado y me parece que siguen siendo también claramente insuficientes en este momento.

Estamos a la cabeza de Europa, como así lo han reflejado estos días todos los estudios, en casos de sida declarados y en casos de seropositividad. Los datos que han dado ustedes en la última reunión de seropositividad se quedan cortos, es un dato muy conservador. Estamos con más de 120.000 seropositivos en nuestro país. Esta es una cifra preocupante que va a ocasionar, como ya hemos dicho en otras muchas ocasiones, problemas serios al Sistema Nacional de Salud y a la población en general.

Sigue estando enormemente alta la tasa de permanencia en caso de sida por vía parenteral. Por tanto, parece que no se está haciendo lo correcto. Y lo que es mucho más preocupante, entre las medidas que usted concretamente nos anunció de que iba a haber campañas específicas en la población por vía parenteral, parece ser, por sus últimas declaraciones, que ustedes han tirado la toalla en este terreno de campañas específicas. Por tanto, ahí hay una corrección importante del rumbo que creo que necesita ser explicada. Usted nos anunció campañas específicas en este sector y, por el contrario, en las últimas declaraciones que le hemos

podido leer anuncia un cambio de estrategia porque se considera que son ineficaces; éstas creo que son las palabras que usted utiliza en unas declaraciones o, por lo menos, las que a usted le adjudican.

Esto requiere una explicación en esta Comisión y requiere conocer de ustedes cuál va a ser la nueva estrategia. Hemos estado demasiado tiempo sin responsable nacional, como usted bien sabe. Hemos estado, y seguimos estando, sin presupuestos específicos, presupuestos que nosotros hemos pedido reiteradamente, y creemos que ese plan que usted nos anunció, que, al fin y al cabo, era un primer plan de acciones y de medidas, necesita en este momento una primera evaluación, porque ahí se anunciaron muchas de las cosas que o nosotros no tenemos la información correcta o mucho me temo que muchas de ellas están claramente en este momento o corregidas o cambiadas o incumplidas.

Por tanto, con ser importante lo que usted hoy nos viene a exponer, que son las pantallas interactivas y que nosotros en su día valoramos de forma positiva y seguimos haciéndolo, nos parece insuficiente, aunque nos parece una acción importante a tener en cuenta; nos parece un sistema imaginativo y adaptado a la población juvenil y creemos que hay que apoyarlo en toda su medida y hacer que sea lo más eficaz posible.

Por cierto, aprovecho para sugerirle que sería deseable que los miembros de esta Comisión pudiéramos disponer del material que se está usando y tuviéramos conocimiento de él porque lo desconocemos y sería, insisto, conveniente que la comisión de Sanidad del Parlamento tuviera conocimiento de la información que se está utilizando. En todo caso, nos parece positivo, imaginativo y adaptado a los instrumentos que utiliza en estos momentos la población juvenil y, por tanto, todo lo que se haga en ese ámbito preventivo nos parece que es la vía correcta.

Es muy probable que ese proyecto de dos años sea un proyecto insuficiente, porque, como usted sabe, y lo hemos dicho en muchas más ocasiones, no solamente cuando nos referimos al tema del sida, sino al tema de la educación sexual, cada año hay nuevos adolescentes, hay nuevos jóvenes que se adentran por comportamientos que para ellos son nuevos y que necesitan un aprendizaje y una formación. Es posible, ojalá sea así, que en estos dos años consigamos una formación o un mecanismo de prevención para una población que en este momento es sensible a esa información, pero van a seguir entrando nuevas generaciones de gente que necesita información y que necesita asesoramiento permanente y mucho nos tememos que, con un proyecto que acaba en dos años, no se va a poder abordar ese tipo de prevención.

También es verdad que usted nos dijo que había previsto un convenio, incluso nos habló de una dotación de 105 millones de pesetas entre el Ministerio de Asuntos Sociales y de Educación que se supone iba a abordar un proyecto de formación, de prevención más estable y sería conveniente conocer sobre él algo más en profundidad y, en definitiva, todo aquello que lleve a abordar o prevenir que esa transmisión heterosexual pueda encontrar una pauta de prevención adecuada.

A mí me da la sensación de que, lamentablemente, hemos llegado demasiado tarde en algunos sectores, como es en el caso de la transmisión por vía parenteral, donde las tasas son enormemente altas y donde se ha producido un daño muy importante. Creo, como hemos dicho en otras ocasiones, que el colectivo y las asociaciones que agrupan a los colectivos homosexuales han reaccionado bien en mecanismos de prevención y siguen haciendo unas buenas campañas de prevención entre sus colectivos, pero me parece que en otro ámbito no está sucediendo exactamente lo mismo.

Tengo que decirle, señor Parras, que la prevención no consiste solamente en hacer campañas puntuales. Consiste en tener una acción educativa constante y permanente como la que hemos pedido en esta Comisión. En eso tienen una enorme responsabilidad no solamente las campañas publicitarias o las acciones formativas, sino también tienen una enorme responsabilidad las declaraciones de los responsables políticos de la Administración.

Yo, para que vea usted que no he querido sacar provecho del recorte corto, porque creo que es un tema de enorme responsabilidad, le diré que a los pocos meses de estar usted en esta Comisión informándonos de la importancia de estas campañas, de la importancia que iba a tener la acción de la Administración en la difusión de la importancia del uso del preservativo en la vía de la transmisión, se fue usted a una conferencia a Japón y a la vuelta hizo una rueda de prensa en la que nos informó de los últimos experimentos. El titular del periódico dice: El Secretario del Plan del Sida contó las últimas experiencias y los últimos estudios que había al respecto y dice que un estudio asegura que el riesgo de contagio de sida sin preservativo es sólo del 3 por ciento. Parece contradictorio que la Administración y usted como responsable quiera hacer un esfuerzo en convencer precisamente a la población del uso del preservativo como único método eficaz en la prevención y, al mismo tiempo, sus declaraciones induzcan a pensar que no es tan eficaz o tan importante el uso del preservativo. Luego, además, explicada la experiencia piloto que se hace, claramente induce a la confusión. Con lo cual, si ya de por sí estamos denunciando que existe, en lenguaje coloquial, una empanada en mucha gente sobre cómo abordar una eficaz prevención y hay enormes cantidades de jóvenes adolescentes, y no tan jóvenes, que desconocen, de verdad, los mecanismos de transmisión y las formas de prevenir, este tipo de información en medios nacionales no colaboran precisamente a que las campañas que después impulsa el Ministerio sean eficaces porque estamos dando mensajes contradictorios. En este caso, como en otros —por ejemplo, cuando hablamos de droga— la responsabilidad de los —valga la redundancia— responsables políticos es no inducir a la confusión e ir todos en una sola dirección, induciendo a la población a que tenga hábitos preventivos, es decir, que colaboren en estas medidas de no contagio por vía heterosexual. Como vamos a celebrar la otra comparecencia, donde supongo que vamos a tener ocasión de conocer qué es lo que ha sucedido con estas acciones que usted nos ha mencionado en relación a campañas entre los jóvenes, refiriéndose a la época prima-

veral y estival como época más idónea para poderlo celebrar y ejercer, por aquello de que se había comprobado que era la época en la que más actividad sexual había entre los adolescentes y como podíamos esperar de una información sobre este tipo de acciones que usted nos anunció y de estudios incluso científicos que iba a llevar un nombre determinado, sobre todo eso queríamos hablarle hoy, pero como vamos a mantener también esa comparecencia, tendremos ocasión de hacerlo.

Quiero decirle que nos parece buena idea la de las pantallas, nos parece insuficiente, porque con ella no vamos a poder llegar a todos los puntos de educación de nuestro país, y sobre todo nos parece insuficiente en el tiempo. Nos parece una acción, como otras muchas que se hacen desde la Administración, puntual, es decir, como campaña de información, pero no como campaña de formación. Quiero insistir una vez más en que en este campo no solamente hay que ir a las campañas de información, sino también a las campañas de formación. Yo le rogaría que planteasen que esto debe ser el inicio exclusivamente de una punta de formación permanente y constante, es decir, en colaboración de diferentes ministerios y comunidades autónomas que tiene responsabilidades en esta materia, que están haciendo sus propios planes y que debe entenderse que es un problema con el que vamos a tener que convivir durante mucho tiempo y que, por lo tanto, plantear acciones exclusivamente con el límite de dos años, nos parece claramente insuficiente, partiendo —insisto, y lo diré cuantas veces haga falta— de que es una buena idea y que vamos a hacer todo lo posible por que efectivamente esta acción tenga continuidad en el tiempo.

Muchas gracias, señor Parras. Después, en la siguiente comparecencia, tendremos ocasión de hablar sobre el tema de la cronicidad de los enfermos del sida.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Mur.

El señor **MUR BERNAD**: Con toda brevedad, tras agradecer la información que se nos ha suministrado sobre este tema y estando efectivamente de acuerdo en que para la prevención hay que pasar por el camino de la información previa como un paseo necesario para la educación, y este método elegido —el de las pantallas interactivas—, por su novedad y por estar adecuado a las personas a las que va dirigido, puede ser un procedimiento adecuado, puesto que las necesidades son muchas y los medios económicos me imagino que son ilimitados, yo no he entendido bien —y ésa sería la aclaración que le pediría en este asunto— y nos gustaría saber si nos puede cuantificar los presupuestos que se dedican precisamente a esta actividad de la información a través de las pantallas interactivas, puesto que muchos pueden ser los procedimientos que colaboren en la información. Quizá para tener una mejor valoración de todos ellos, habría que conocer también el coste de dichas campañas o procedimientos y así podríamos valorarlos en esa relación siempre necesaria de costo-efectividad. Por tanto, si usted tiene los datos y si, además, los pudiéramos comparar con el presupuesto global desti-

nado a las campañas de información, nos gustaría saber qué parte es la que se destina a este plan concreto de información a través de las pantallas interactivas.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA**: Quiero agradecer también al Secretario del Plan Nacional del Sida las explicaciones que nos ha dado y manifestarle que, efectivamente, por las acciones y las políticas que la Secretaría Nacional del Sida está llevando a cabo en los últimos años, se va asentando este organismo. Tuvo en sus orígenes unas dificultades en cuenta a su consolidación, en cuanto al ejercicio de sus funciones y a las responsabilidades que tenía asignadas, pero vemos que, fundamentalmente en los dos últimos años, se van consolidando las funciones y, en definitiva, asentándose en la vida pública sanitaria la existencia y las funciones de este organismo que estamos viendo que están teniendo incidencia en sus diferentes ámbitos de actuación.

Coincidimos en que, dentro del enorme riesgo de adquisición de virus de la inmunodeficiencia, las actuaciones preventivas de la Secretaría del Plan vayan encaminadas, en primer lugar, al tema de la educación sanitaria y, en segundo lugar, a la prevención de los contactos de riesgo. Dentro del primer bloque es donde se encuadraría el aspecto concreto que hoy ha sido objeto de debate a petición del Grupo Parlamentario Popular; me refiero al tema de la educación a través de pantallas interactivas en centros docentes. Nos parece —como han dicho los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra— un proyecto interesante—. Quizá el plazo de dos años necesitará una prórroga, en aras a otorgarle una continuidad. Por tanto, me gustaría que el Secretario del Plan hiciera referencia a este horizonte temporal y a las posibilidades de su prórroga en el tiempo, así como que incidiera en el tema los presupuestos de que se dispone, la plurianualidad de las consignaciones presupuestarias sobre este tipo de acciones preventivas en los centros docentes y que nos manifestara y profundizara en cómo se articula la coordinación entre la responsabilidad sanitaria del Ministerio, que en este caso está atribuida a un organismo, como es la Secretaría del Plan Nacional del Sida, con otros responsables educativos —como pueden ser el Ministerio de Educación y Ciencia y los departamentos de educación de las comunidades autónomas—, y, en definitiva, cómo se plasma esta coordinación en centros educativos que no dependen del Ministerio. Nos gustaría, repito, que incidiera sobre tal cuestión.

Termino, señor Presidente, manifestando que estamos de acuerdo en lo interesante y novedoso de este proyecto, que lo que está reflejando es que el organismo Secretaría del Plan Nacional del Sida se está consolidando y ese nacimiento lánguido que tuvo ha sido superado y se produce la plasmación y consolidación definitiva de este organismo, que consideramos que era necesario.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Voy a ser también muy breve.

Nosotros estamos también de acuerdo en estas campañas de pantallas interactivas de información sobre el sida. Principalmente quisiéramos resaltar el acuerdo a que se ha llegado en dos sentidos. Primero, en el consenso, tanto de los puntos de distribución de las pantallas interactivas como en la cuestión de los idiomas, como ha mencionado el señor Parras, puesto que se utilizan los tres idiomas co-oficiales en las diferentes comunidades autónomas. Por tanto, esta cuestión debe resaltarse, desde nuestro punto de vista.

No encontramos un motivo de discrepancia. Tal vez —y no es una crítica, sino una pregunta para poder hacer posteriormente una valoración más exacta, en el sentido de hasta qué punto estas compañías pueden ser prioritarias en función de otras cosas, aparte de conocer el coste, como ha sido solicitado por otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra— nos gustaría saber si está prevista alguna forma de evaluación de dichas campañas y con qué criterios, objetivos —lo más objetivos posible— se marcan para buscar una cuestión que no es de rentabilidad económica, sino social. Estamos de acuerdo en que es un tema difícil para poderlo objetivizar o plasmar, pero estamos de acuerdo en que —como usted ha dicho y quiero resaltarlo— tal vez la forma más efectiva es incidir en la prevención y, sobre todo, la información a los grupos de riesgo, pero en general a los jóvenes.

Agradecemos su respuesta posterior sobre la evaluación de las campañas, así como su comparecencia y la información que nos ha facilitado.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: El Grupo Parlamentario Socialista quiere también, por supuesto, sumarse al agradecimiento ya expresado por los demás portavoces parlamentarios por la comparecencia y la información que el señor Secretario del Plan Nacional sobre el Sida ha presentado en esta Comisión.

Quiero empezar indicando que, a juicio de mi Grupo Parlamentario, éste es un tema ante el que la batalla política no cabe y la actitud normal ha de ser la de la búsqueda de la sintonía y el esfuerzo común.

Por ello quiero congratularme porque el tono y la línea de las intervenciones de los Portavoces que me han precedido en el uso de la palabra hayan sido en la línea que han sido formuladas.

Después de esta observación, señor Parras, decirle que a este Grupo parlamentario le merece una valoración positiva la campaña de prevención sobre la que usted nos acaba de informar, decirle, además que de los tres ejes en torno a los cuales se articulan las actuaciones llevadas a cabo en este ámbito, como son prevención, atención médico-social y conocimiento de la realidad, el Grupo Parlamentario Socialista no quiere establecer prioridades, sobre todo porque algunas de ellas son imperativos. No obstante, las actuaciones preventivas son, no cabe duda, de alta rentabilidad

sanitaria y humana, nos parece especialmente importante, a la luz de las nuevas informaciones y ahora que la Organización Mundial de la Salud alerta sobre el riesgo de que la propagación del sida derivará en una oleada epidémica de tuberculosis, con el riesgo que esto supone para los no afectados de sida.

En esta tarea de informar y formar nos parece que el grupo poblacional de los jóvenes es de gran interés por las razones ya iniciadas por usted y porque nos parece que esta campaña completa y amplía otro tipo de campañas preventivas y estamos seguros que con ello, unido a la educación sanitaria en el ámbito de la atención primaria y los programas concretos llevados por otras instituciones y organizaciones no gubernamentales, conseguiremos una población mucho más consciente, responsable y también mucho más tolerante con los afectados, porque estamos seguros que la ignorancia produce miedo y que ambos, miedo e ignorancia, al final derivan en la discriminación social.

Por mi parte, nada más que animar al señor Parras a que siga trabajando con el mismo nivel de eficacia, originalidad e impacto, tal y como viene haciendo.

Nada más, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a sus intervenciones o aclarar la solicitud de las mismas que han formulado SS. SS., tiene la palabra el señor Parras, Secretario del Plan Nacional del Sida.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)** (Parras Vázquez): En primer lugar, quisiera agradecer las intervenciones de SS. SS., y voy a tratar de contestar a algunas de las preguntas y cuestiones que se han ido formulando.

El señor Robles ha planteado una serie de temas muy importantes que preferiría dejarlos para la posterior comparecencia y tratarlos a fondo. Tengo especial interés en discutirlos y presentar a ustedes todos los datos, las actividades, la cosas que hemos hecho, las que no hemos podido hacer y, de alguna forma, tener una transparencia de todas nuestras actividades y plantear la discusión sobre un problema que nos preocupa.

Quisiera hacer un comentario breve sobre el proyecto. Yo hablo de una duración de dos años, pero es un proyecto que no es perecedero, ya que el punto de información está hecho en hormigón y los materiales no van a dejar de existir en dos años, es un ciclo de dos años, en el cual se ha presupuestado que va a haber una evaluación estricta para ver el impacto y la eficacia del proyecto y, a partir de esos dos años, nos plantearemos si es necesario seguir destinando más recursos y ampliar esta línea de distribución, y es imprescindible hacerlo así porque, entre otras cosas, no hay en este momento ningún otro país de la Unión Europea que tenga un sistema similar. Todo esto ha sido una aventura y estamos orgullosos de haberla sacado adelante. Hasta ahora, afortunadamente, no hemos recibido más que elogios de los diferentes centros y programas nacionales del sida con los que hemos tenido oportunidad de intercambiar información sobre este tipo de proyectos.

El proyecto tiene una temporalidad de dos años, a partir de la cual va a ser evaluado, pero los materiales en la inversión persisten. Luego habrá que pensar si, con respecto a la eficacia de la encuesta, vamos a seguir en la misma línea de trabajo, se van a seguir distribuyendo en centros universitarios o, como algunas de SS. SS. apuntaban en anteriores comparecencias, en algunas otras zonas más deprimidas socioeconómicamente y así poder llevar a otro ámbito diferente este tipo de campañas. En esa línea, lo que hemos hecho ha sido, de forma piloto y experimental, de forma muy reducida, implantar también estas pantallas interactivas en cuatro centros penitenciarios, porque nos parece que es un punto óptimo para poder desarrollar la actividad de este proyecto y también hemos seleccionado dos plazas militares —Ceuta y Melilla—, en coordinación con el Ministerio de Defensa, para poder ver y evaluar el impacto en diferentes grupos de población.

O sea, primero la inversión, que es de 290 millones de pesetas, que les recuerdo es la totalidad del proyecto, y los materiales no son perecederos; es decir que vamos a poder seguir distribuyéndolos e implantándolos durante una vida media que yo estimo que debe andar, como mínimo, alrededor de diez años, por lo que nos va a dar bastantes posibilidades. Posteriormente, su exportación va a depender de la evaluación que se va a desarrollar.

Por último quisiera comentarles que estamos totalmente de acuerdo en que los mensajes que distribuimos a los medios en torno al sida deben ser lo más sensatos posibles, y yo trato de hacerlo así, con mis deficiencias, obviamente, pero, desgraciadamente, yo no pongo los titulares de los periódicos, y supongo que en eso todos tenemos experiencia. En concreto, creo recordar que en la rueda de prensa sobre el Congreso del sida en Yokohama, la información la pidió expresamente una periodista. Yo no respondí eso que se me atribuye, sino todo lo contrario, y el periódico del cual hace usted referencia, en la información —información que a mí no me gustó, obviamente— hizo exactamente el planteamiento contrario, mientras que hubiera sido más razonable haber proporcionado la información que yo presenté y que fue la que se distribuyó en los otros medios de comunicación. Yo hago esfuerzos, y las personas que trabajan en la Secretaría del Plan también, para que la información que distribuimos sea lo más sensata, fidedigna y correcta, pero usted sabe perfectamente que eso, a veces, desgraciadamente, depende de otras personas y no podemos remediarlo de forma definitiva.

Me gustaría contestar —aunque creo que ya lo he hecho— al representante del Grupo Mixto. El presupuesto total del Programa es de 290 millones, no solamente para los dos años, sino que nos va a permitir mantener en el tiempo los dispositivos y podemos rotarlos en más sitios, ampliarlos, si la eficacia que esperamos la constatamos fehacientemente por la encuesta. Esto representa, de alguna forma, una inversión que, aunque se hace en un año, va a durar en el tiempo, y son unos elementos que nos van a permitir poder difundirlos más.

Con respecto a la intervención del representante del Grupo Vasco, quiero agradecerle sus palabras y comentar que la articulación de la coordinación con los representan-

tes no sólo del Ministerio de Educación, sino de las Consejerías de Educación de las Comunidades transferidas, se ha dado y ellos han tenido la oportunidad de intervenir en el diseño de la parte central del Programa, han colaborado activamente, y tanto el MEC como las distintas Comunidades Autónomas transferidas han tenido información puntual del desarrollo del Programa —ya he comentado que han participado en el diseño del proceso central— y, luego, en el momento en que alguna de ellas ha querido supervisar el resultado final, han optado, antes de poder aceptar el producto, por revisarlo y evaluarlo en todo su contenido.

Por último, comentarle al señor Cardona que, efectivamente, hay una evaluación —ya se ha hecho el «pretest» antes de instalar los puntos interactivos— y que en el mes de octubre, una vez que se haya cerrado el primer ciclo, está diseñado realizar el «postest», que es una encuesta de aptitudes y de conocimientos alrededor de mil quinientas personas, que nos va a permitir evaluar la eficacia del proyecto para poder tomar decisiones sobre el futuro de todos los materiales.

Finalmente, agradecer a la representante del Grupo Socialista sus palabras de apoyo. Tomamos en cuenta sus observaciones.

Creo que con esto he contestado a todos los asuntos que me han planteado sus señorías. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, don Francisco Parras, Secretario del Plan Nacional del Sida.

— **DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA QUE EXPLIQUE LOS PASOS QUE HA DADO DICHO MINISTERIO PARA HACER EFECTIVO EL COMPROMISO DE CONOCER LA GRATUIDAD FARMACEUTICA A LOS ENFERMOS INFECTADOS CON EL VIRUS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 213/000582.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación pasamos a la siguiente comparecencia, que inicialmente fue formulada a la señora Ministra de Sanidad y Consumo, referente también al tema del sida, y que, por acuerdo de la Mesa de 26 de abril de 1995, de conformidad, asimismo, con el señor Mur, consideramos que, dada la oportunidad de la presencia del señor Parras, respondería éste a la comparecencia, a pesar de que está dirigida a la señora Ministra.

Por tanto, la siguiente comparecencia se refiere a la solicitud de información sobre los pasos que ha dado el Ministerio de Sanidad y Consumo para hacer efectivo el compromiso de conceder la gratuidad farmacéutica a los enfermos infectados con el virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Mixto. ¿El señor Mur desea formular unas palabras antes

de que inicie su exposición el señor Parra? (**Asentimiento.**)

Tiene la palabra.

El señor **MUR BERNAD**: Unas palabras para plasmar los términos en los que hemos pedido la información.

Es cierto que nuestra comparecencia va dirigida a la señora Ministra de Sanidad, porque lo que estamos pidiendo, además de información —que espero que ahora se nos proporcione—, es la responsabilidad política de quien la tenga en algo en lo que, al menos por los datos que nosotros tenemos, hasta ahora no se ha cumplido el mandato de esta Cámara. De ahí que fuera la señora Ministra a quien nosotros habíamos solicitado la comparecencia. No obstante, agradecemos la presencia del secretario del Plan Nacional, porque también queremos tener la oportunidad de conocer todo lo que se ha hecho hasta ahora; son dos cosas distintas: la información, que creo que es lo importante para poder evaluar, y, en su caso, si lo que se trasluce de esta información nos deja insatisfechos, la responsabilidad política la ejerceremos en otro momento.

Lo importante creo que es entrar en un tema que ya viene de lejos, puesto que en noviembre de 1992 se presentó una proposición no de ley que se apoyó por todos los Grupos Parlamentarios, por la que se establecía que todos los enfermos de sida serían considerados crónicos a los efectos de la prestación farmacéutica. El pasado día 15 de diciembre de 1994, casi dos años después, este Diputado hizo una pregunta a la señora Ministra en el Pleno, y allí ella se comprometió a anunciar en breve la prestación farmacéutica gratuita para todos los enfermos. Nos habló del trabajo que se había hecho, de las dificultades que esto conllevaba, pero se comprometió nuevamente ante el Pleno a que en breve la prestación sería una realidad.

La Ministra afirmó, evidentemente, que había sido necesario realizar diversos estudios económicos para hacer frente a semejante gasto, pero tenía la satisfacción, dijo, de anunciar que éstos estaban muy avanzados.

Pues bien, señor Secretario del Plan, según fuentes de su propio Ministerio, el conceder la prestación gratuita a los enfermos del sida supondría un desembolso de al menos 2.000 millones de pesetas anuales, a los que debería hacer frente el INSALUD para pagar a unos 20.000 infectados por el virus del sida, que serían objeto de esta prestación farmacéutica.

Creo, señores Diputados, que no se puede tolerar ni un día más esta situación de desprotección; no podemos dejar pasar el tiempo, después de más de dos años, con argumentos de nuevos trabajos, de nuevos estudios, ni siquiera con el argumento económico del costo. Es necesario poner en práctica de una vez por todas este mandato parlamentario aceptado por todos los integrantes de la Cámara. ¿Por qué es necesario? Primero, porque creo que los mandatos de la Cámara deben ser tomados con seriedad y deben ser ejecutados a la mayor brevedad posible, pero, sobre todo, porque en este tema usted sabe muy bien que hay muchas personas que no pueden hacerse con los medicamentos necesarios para hacer frente a las enfermedades. Esto, al final, no es más que un problema que en sí mismo es grave,

pero que trae otros problemas, es decir, hay recaídas, los costos de los tratamientos aumentan, la hospitalización se reproduce, la atención de las familias que tienen, en definitiva, que ayudar a estos enfermos también aumenta y, por tanto, si pudiéramos hacer una evaluación del costo de todo este proceso, posiblemente sería todavía mayor que aquello que estamos evitando al no conceder la prestación farmacéutica.

En definitiva, creo que hay una razón fundamental, y es que es un grupo social muy necesitado, en unas circunstancias no solamente económicas, sino también psicológicas muy graves y, evidentemente, si alguien necesita de la ayuda de los poderes públicos creo que este tipo de personas son las más específicamente llamadas a recibir la solidaridad de los poderes públicos, más cuando los poderes públicos están representados por un Gobierno que se llama socialista y que creemos que debería primar las razones sociales sobre las razones económicas.

En definitiva, está muy bien hacer esfuerzos de información, de concienciación, de prevención, de curación, pero creo que cuando hay ya un grupo de ciudadanos, que pueden llegar a 20.000 —quizá el señor Secretario del Plan tenga otros datos—, es decir, que es un grupo importante de afectados, me parece que estas medidas no pueden demorarse más, porque la solidaridad hay que demostrarla con los hechos y, sobre todo, porque no es un tema que esté puesto en cuestión, es algo que se aceptó en el debate parlamentario correspondiente, que se ha reiterado el compromiso por parte de la máxima responsable política de esta cuestión y, desde luego, nos parece que ésta es una muestra, quizá, de guardar las formas política y parlamentariamente, pero de ser ineficaces en la práctica. Creo que estos temas no deberían ser politizados; y precisamente porque no deberían serlo, los responsables llamados a ejecutarlos tendrían que tener un mayor interés, porque de lo contrario da la sensación de que, como nadie quiere hacer política con estos temas tan delicados, ustedes tienen una excusa más para no cumplir aquello que creo que están llamados a cumplir.

Espero que de su comparecencia hoy saquemos datos, conclusiones, información, pero, sobre todo, sepamos claramente, para que así lo sepan los afectados, si de verdad se va a cumplir esto, cuándo, con qué medidas y con qué extensión.

La señora **PRESIDENTA**: Para exponer la comparecencia objeto de su solicitud, tiene la palabra el Secretario del Plan Nacional sobre el Sida, don Francisco Parras.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA** (Parras Vázquez): Gracias, señora Presidenta.

Señorías, el motivo de esta comparecencia parte, como saben, del 10 de marzo de 1993, fecha en que la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley por la que se instaba al Gobierno a extender, por los mecanismos que considere más adecuados, a todo el colectivo de enfermos del sida la

gratuidad de la prestación farmacéutica en su consideración de enfermos crónicos.

Permítanme presentarles sucintamente la situación de la epidemia antes de pasar el objeto de esta exposición. Desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad, se han registrado en España 31.221 casos de sida. El sida presenta en España, además, un perfil socioeconómico peculiar, en el que casi dos terceras partes se dan en usuarios de drogas por vía parenteral, grupo que por sus especiales connotaciones de marginalidad social, familiar y ausencia de integración laboral sufren mayores problemas de accesibilidad al sistema sanitario.

No sólo las dos terceras partes de los casos de sida se dan en usuarios de drogas por vía parenteral, sino que, además, un buen porcentaje de los casos atribuidos a la transmisión heterosexual y la mayor parte de los casos en niños están relacionados con el uso de drogas por esta vía parenteral. Estas características definen de por sí a este colectivo como un sector con escasos recursos y, más aún, con escasas posibilidades de reinserción social y laboral a corto plazo.

El sida, como saben, es una enfermedad de larga evolución y alta mortalidad. Desde que se contrae la infección hasta que aparece el sida transcurre un período de alrededor de diez años. La gravedad de las infecciones oportunistas y de las neoplasias que definen su comienzo, su carácter recurrente y su cronicidad, hacen de estos pacientes un colectivo de grandes necesidades terapéuticas y profilácticas durante años, en los que sus condiciones físicas y psicológicas están muy mermadas. **(El señor Vicepresidente, Blázquez Sánchez, ocupa la Presidencia.)**

Como ustedes bien conocen, el Sistema Nacional de Salud viene dispensando gratuitamente toda la medicación durante los ingresos hospitalarios a los enfermos de sida y, además, se ha facilitado la dispensación hospitalaria gratuita de los antirretrovirales a pacientes no ingresados. Igualmente, aportaciones reducidas en determinados medicamentos, como los tuberculostáticos, de gran importancia por la asociación sida-tuberculosis. Esto supone aproximadamente un coste, sólo en antirretrovirales, en torno a 8.000 ó 10.000 millones de pesetas y una cifra de alrededor de 5.000 millones en el conjunto de otras medicaciones fuera del hospital.

Hay que tener en cuenta también que la mayor parte del curso clínico de la enfermedad transcurre y se controla en el medio extrahospitalario y por ello, aunque el Sistema Nacional de Salud hace a los pacientes beneficiarios de sus atenciones, el consumo farmacéutico supone un gravamen para un colectivo parcialmente marginal y, en conjunto, deficitario en recursos. A esto hay que unir que el sida en España tiene un patrón epidemiológico, como ya he comentado antes, diferente al de otros países occidentales, donde la adicción a drogas por vía parenteral es en parte responsable de una mayor difusión y difícil control a efectos de prevención.

La necesidad de mantener en estos enfermos una calidad de vida aceptable y la disponibilidad de fármacos capaces de disminuir o paliar los efectos de la incidencia de determinadas enfermedades a las que presentan una mayor

vulnerabilidad, hace recomendable, tal como se recoge en la proposición no de ley, facilitarles el acceso a la medicación, lo que permitirá una asistencia sanitaria más accesible y una prestación de mayor calidad a este colectivo.

La señora Ministra de Sanidad y Consumo, en respuesta al señor Diputado Mur Bernad, el pasado 14 de diciembre, ya expuso la situación y recordó la necesidad de tener elaborado el trabajo previo.

Con respecto a esta cuestión, hay que señalar que el artículo 95 de la Ley 25/1990, del Medicamento, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, atribuye al Gobierno la regulación, con cargo a los fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos en la Sanidad, de los supuestos en que la administración de medicamentos y productos sanitarios sea gratuita, así como la participación en el pago a satisfacer por los enfermos por los medicamentos y productos sanitarios que les proporcione el Sistema Nacional de Salud, modulándose por una serie de criterios. Lógicamente, pues, la norma ha de tener rango de real decreto y en este proyecto es a lo que hemos estado dedicados.

Los trabajos para su elaboración han sido muy arduos, ya que ha habido que manejar una gran cantidad de datos, escenarios y posibilidades. Entre éstos, nos hemos encontrado con dificultades a la hora de estimar el impacto económico que podría tener en la aportación el pago de los medicamentos en este colectivo. Desgraciadamente, aunque existen numerosos estudios del impacto económico del sida en la literatura, tanto en aspectos directos de consumo de recursos sanitarios como indirectos en relación al número de años potenciales de vida perdidos, no existían datos individualizados en la literatura científica, ni internacional ni española, del coste de la medicación extrahospitalaria de otros medicamentos diferentes a los antirretrovirales.

Ante esta escasez de datos, hemos realizado un estudio transversal entre los pacientes con sida atendidos en los hospitales de Madrid pertenecientes a la red pública, cuyos resultados, ajustados a previsiones de casos de sida para los próximos años, nos permitirá realizar una estimación del coste económico de la medida.

A pesar de estas dificultades, el compromiso del Ministerio de Sanidad y Consumo es sacar adelante el proyecto de real decreto en el menor tiempo posible, y en la actualidad dicho documento está siendo analizado por los centros directivos del Departamento como paso previo necesario a su tramitación reglamentaria. Con su publicación, tras finalizar el pertinente trámite administrativo, se acabará por dar cumplimiento a la proposición no de ley de esta Cámara a la que me he venido refiriendo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Tiene la palabra el señor Mur.

El señor **MUR BERNAD**: Muchas gracias, señor Perras, por su información, pero permítame que le diga que tengo una decepción porque no ha dicho la fecha concreta. Todos los pasos están muy bien, seguramente eran necesarios, me parece que la actitud es prudente, porque es una decisión que conlleva un coste económico, y siempre hay

que tener mucho cuidado, pero me parece que el tiempo ha sido más que suficiente. No hay que olvidar que esto afecta a miles de personas, como usted mismo ha reconocido, así como la gravedad del hecho y la difícil situación de marginalidad no solamente económica, sino social y hasta psicológica de las personas afectadas. Cada día que pasa sin que esta medida se pueda poner en práctica, estamos defraudando y perjudicando a un sector muy específico de la población. A lo mejor con ese retraso, con las cautelas que están tomando, están evitando un costo. No entiendo la razón, si no es intentar evitar un coste económico, de que estén tardando tanto tiempo en tomar estas medidas. Realmente, me parecen bien las medidas, me parecen bien los estudios, los datos, pero creo que no es defendible que tarden tanto tiempo, al ser una medida que se ha aceptado por todos, que es necesaria y que hay que llevarla adelante. Si fuera la causa presupuestaria la justificante, aun sin explicarla, de esa lentitud, por decirlo suavemente, del procedimiento, creo que sería bastante reprobable. Por tanto, lo que nos interesa a nosotros, y sobre todo a las personas que están esperando esta prestación, es que se comprometan de verdad, puesto que no hay ninguna pega. Ustedes aceptan que hay que hacerlo, que lo van a hacer, que va a llegar a todos, que el coste de la medicación extrahospitalaria va a ser gratuito, pero díganos a partir de que fecha para que la gente sepa exactamente a qué atenerse y pueda salir de la duda y de la incertidumbre, porque no hay nada peor que crear expectativas y luego no cumplirlas, sobre todo para personas como las que nos ocupan, algunas de las cuales, cuando les llegue la medida, desgraciadamente ya les llegará tarde.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Vasco, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría. (**La señora Presidenta ocupa la Presidencia.**)

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Gracias, señor Presidente; en este momento señora Presidenta, porque ocupa la Presidencia de la Mesa de la Comisión.

Efectivamente, como ha indicado el Secretario del Plan del Sida, se ha dado cumplimiento a una resolución parlamentaria, aprobada por esta Cámara hace dos años, que refleja la sensibilidad de los diferentes grupos políticos sobre los enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia. En definitiva, nuestro Grupo Parlamentario está de acuerdo con esa aplicación y con ese desarrollo político reglamentario que se ha hecho por parte del Gobierno en la medida —y me gustaría que me aclarara si he percibido bien la exposición y argumentación que hace el Gobierno— en que se efectúa una asimilación a una invalidez total de los enfermos del sida y que, en definitiva, todo el suministro de medicamentos estaría sujeto al régimen gratuito de que disponen las personas que están encuadradas, dentro de las categorías del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la invalidez total.

Juntamente con ello se manifiesta que el tratamiento que se les da a los enfermos del sida, como enfermedad de

diagnóstico hospitalario, implica el tratamiento terapéutico controlado en hospitales, y eso les lleva también a la gratuidad, es decir, es como si fuera una ficción por la que cuando uno está ingresado en un hospital de la red pública, tanto del Insalud como de las comunidades autónomas, no paga por los productos farmacéuticos. También el tratamiento en ambulatorios o en centros de salud con el suministro, por ejemplo, del AZT, cuyo precio es elevadísimo, que tiene el efecto de mitigar el deterioro progresivo que tienen los enfermos del sida, es gratuito para estas personas afectadas por el virus.

En definitiva, desde el Grupo Parlamentario Vasco, deslindaríamos este doble régimen: por un lado, el régimen de suministro de medicamentos en ambulatorios, que creo que se asimila con el tratamiento que se les da a los inválidos totales, y, por lo tanto, las recetas se expiden en el talonario rojo y, por otro lado, el régimen incluido en la ficción que se hace de la enfermedad como diagnóstico hospitalario, con una gratuidad total o el tratamiento a través del AZT en centros de salud.

A nuestro Grupo Parlamentario le parece correcto y adecuado en la medida en que, además, se cumple el mandato parlamentario aprobado por esta Cámara y nos congratulamos de la medida que se ha adoptado.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: El señor Parras ha dicho, para señalar cuál es el «status» social de la mayoría de estos enfermos, que de los más de 30.000 casos, dos terceras partes son drogodependientes, sobre todo por vía parenteral y que, efectivamente, el tratamiento hospitalario es gratuito como en todas las enfermedades.

En cuanto al tratamiento ambulatorio, los antivirales, que son los que más cuestan desde el punto de vista economicista, los que exigen más prestación económica, son ya gratuitos, independientemente de las evaluaciones económicas que hay que hacer, porque si no nos podríamos comprometer a algo que luego no podemos cumplir. Por lo tanto, en cualquier caso, entendemos que a estos enfermos, toda vez que hoy en día no existe un tratamiento causal eficaz que cure la enfermedad, hay que considerarlos como enfermos crónicos y hasta cierto punto, si no con una invalidez definitiva, sí por lo menos con una dependencia de esta medicación coadyuvante que muchas veces, cuando no hay un tratamiento etiológico, un tratamiento causal eficaz, es tan importante como los propios antivirales.

Por lo tanto, estamos de acuerdo. Todos los Grupos de esta Cámara se manifestaron a favor a principios de 1993. Por lo tanto, más que denunciar el incumplimiento por no ponerlo en práctica, quiero hacer dos consideraciones. En primer lugar, felicitar al señor Mur y al Grupo Mixto por el seguimiento que están haciendo.

En segundo lugar, queremos expresar nuestra posición en el sentido que manifestábamos. Estamos de acuerdo en que, más allá del posible costo económico, hay que hacer un esfuerzo porque esta gente, independientemente de que son enfermos atrapados por estas enfermedades oportuni-

tas, en cualquier caso estamos obligados a convivir con esta enfermedad y a ser solidarios, dentro de lo posible, en las atenciones que puedan recibir, sobre todo entendemos las dificultades, desde el punto de vista sanitario, que comportan estos grupos que socialmente se automarginan. Con un control estricto para que no se utilice mal una sola peseta de los recursos económicos, por encima de la cuestión económica está la solidaridad con una enfermedad que nos ha sorprendido a todos pero con la que tenemos la obligación de convivir porque, entre otras cosas, no tenemos otro remedio.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: En primer lugar, señor Parras, le diré que esta iniciativa viene de un poco antes de lo que usted ha hecho referencia; viene del año 1992, que es cuando se empezó por primera vez en esta Cámara a proponerlo. Luego estamos hablando ya de un período de dos años y medio. En dos años y medio yo creo que la sensibilidad del Gobierno socialista debería haber hecho que esos estudios a los que usted hace referencia hoy, y que nos parece muy bien que los lleve usted a cabo y que mida el impacto que va a tener, hubieran sido ya plasmados en una concreción de cumplimiento de un mandato del Parlamento.

Permítame que le recuerde este extremo. Existe un mandato parlamentario para que el Gobierno cumpla este compromiso y pueda llevarse a cabo la consideración de los enfermos del sida como enfermos crónicos y que, por tanto, puedan beneficiarse de las condiciones económicas. Por ello, el principio del mandato parlamentario no debería echarse en saco roto y debería cumplirse. Estamos hablando de dos años y medio de incumplimiento.

Segundo punto: le recuerdo que hay un rosario de declaraciones, no de otro Ministro, de esta Ministra, comprometiéndose en plazos inmediatos a dar cumplimiento a esa medida. La última es muy reciente: al comienzo de esta campaña electoral se anuncia por parte del Gobierno (y corríjame usted) que se va a dar cumplimiento inmediato a este tema. Era de esperar, por tanto, señor Parras, que hoy usted nos hubiera concretado esa fecha. No se puede anunciar, al comienzo de una campaña electoral que se va a dar cumplimiento, dos años y medio después, a un mandato parlamentario y que venga el responsable de poner en marcha una de estas medidas y hoy no sea capaz de decirnos la fecha en la que se va a llevar a cabo precisamente este tema de tanta trascendencia.

Me hace dudar de que todas esas otras cosas que se nos han anunciado precisamente durante la campaña electoral ahora se van a llevar a cabo. También se nos ha dicho que la famosa ley del fondo. Espero que tenga alguna concreción algo más certera que la que usted hoy nos ha anunciado. Nos parece, insisto, que dos años y medio es tiempo suficiente como para evaluar y poner en marcha un tema de mucha trascendencia. Es absolutamente contradictorio y paradójico que se esté gastando una cantidad muy importante en la administración de antiretrovirales, cuando

usted sabe perfectamente que es tan importante o más muchas veces en estas personas con este largo período de incubación y de presentación de la enfermedad, el tratamiento de las enfermedades oportunistas. Resulta paradójico, como usted sabe, que muchas de estas personas que, por sus condiciones económicas, no pueden acceder a la medicación ordinaria para tratar este tipo de enfermedades oportunistas, por el contrario, cuando están ingresados o no ingresados, se les administren los antiretrovirales, cuando muchas veces lo que necesitan es un antimicótico, simple y llanamente, que no pueden costearse porque sus condiciones económicas no se lo permiten.

Por tanto, yo creo que hay que ser coherentes, tenemos que, primero, atender lo sensato y lo prudente, que es precisamente la posibilidad de atender sus enfermedades oportunistas; segundo, ser solidarios con unas personas que están ya con un problema sanitario y también social, de una trascendencia vital; y tercero, ser al mismo tiempo preventivos con el conjunto de la población, porque todo este tipo de enfermedades oportunistas pueden también tener otras consecuencias para el resto de la población en general.

Señor Parras, yo le rogaría que hiciera usted un esfuerzo de concreción: le pido al Gobierno que cumpla el acuerdo al que este Parlamento llegó por consenso de todos los grupos parlamentarios, y que seamos capaces de hacer un esfuerzo de solidaridad, complementario al que, sin lugar a dudas, ya está haciendo la sociedad con estas personas, y que vamos a tener que seguir manteniendo, lamentablemente, durante bastante tiempo en los Presupuestos Generales del Estado.

Yo creo sinceramente que no se puede mantener esa distinción entre la aplicación de tratamientos ambulatorios o tratamientos hospitalarios con un carácter diferente. Hay que tener un único criterio, cuando probable y previsiblemente cada vez se tiende más al tratamiento extrahospitalario y, coherentemente con eso, habrá que aplicar las medidas que lleven a que estas personas estén en las mejores condiciones posibles.

Señor Parras, le animo a que las palabras preelectorales del Gobierno se cumplan ahora, cuando ya hemos superado este trámite. Por cierto, permítame una digresión en tono de humor: ya que ha dicho usted que el material de las anteriores campañas tiene una duración aproximada de diez años, procuren ustedes mantenerlo en buen estado, para que lo podamos usar en un futuro gobierno. Muchas gracias.

La señor **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Novoa tiene la palabra.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Una intervención brevísima.

Quiero decirle al señor Secretario para el Plan Nacional sobre el SIDA que entendemos las dificultades que ha explicado en su comparecencia para llevar a la práctica esta medida, pero que no va a ser el Grupo Parlamentario Socialista el que menosprecie la importancia de que esta medida sea realidad lo más breve posible en el tiempo. Efec-

tivamente, hay unos compromisos claros adquiridos tanto por este Grupo Parlamentario como por la señora Ministra que nos obligan a instar en estos momentos al Gobierno a que agilice el proceso para otorgar el derecho a la prestación farmacéutica gratuita a los afectados de sida. Y si bien de las palabras del señor Parras podemos inferir que el trámite está ya en un proceso avanzado, nos reiteramos en la solicitud de celeridad en el proceso.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las intervenciones de SS. SS., tiene la palabra el Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA, señor Parras.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)** (Parras Vázquez): Señorías, las consideraciones previas que hay que hacer a la hora de poner en marcha un real decreto como éste, aparte de los costes, que son importantes y que ha sido necesario extraer de nuevo porque no había una información preestablecida, es que no solamente son estos los problemas. Es muy difícil acoplar al sistema de prestación farmacéutica actual que tenemos en España una situación de horizontabilidad como la que se plantea.

Voy a tratar de explicar un poco más a fondo este apartado, pero quiero dejar muy claro que hay una decisión firme de llevar adelante, en el mayor breve plazo posible, este real decreto.

Lo que trataba de explicar con anterioridad es que no es fácil que, tal como está conformada la prestación farmacéutica en España, se pueden horizontalizar todos los productos farmacológicos a una misma enfermedad. Voy a explicar por qué. Los fármacos se aprueban con uso hospitalario o con uso ambulatorio, y una vez que se aprueban, no se pueden modificar. Con el caso de los antiretrovirales es bastante sencillo, porque se aprobaron inicialmente para uso hospitalario, lo que no quiere decir que se dé solamente en los hospitales, sino en cualquier centro sanitario, pero medicamentos tan habituales como puede ser una amoxicilina, que se aprueba con un régimen, no se puede sustituir el régimen y, por tanto, este aspecto plantea una serie de problemas que son difíciles de resolver en torno a la prescripción farmacéutica.

Por otra parte, tengo que decirles que el documento se está discutiendo en los centros directivos del Ministerio como paso previo a los requisitos que son imprescindibles en un real decreto de esta envergadura que, como ustedes saben, tiene que pasar primero por el informe de los centros directivos —les vuelvo a repetir que ésa es la situación en la que está el real decreto—; posteriormente tiene que pasar por audiencias públicas de las partes interesadas, y de forma muy importante tendrá que pasar por la opinión del Consejo General de Farmacéuticos, porque esto plantea una serie de implicaciones que estamos tratando de solventar pero que no van a ser fáciles. Por otra parte, tiene que pasar también por el informe de los diferentes Ministerios, Comisión Interterritorial y Comisión Racional del Uso del Medicamento y, por último, su remisión al Consejo de Estado.

Yo en este momento no estoy en situación de poderles precisar un plazo contable, pero vuelvo a repetirles que el proceso está muy adelantado y que la intención del Ministerio no puede ser más clara.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, don Francisco Parras, Secretario del Plan Nacional del SIDA por su comparecencia. Le despedimos en esta Comisión.

— **DE LA DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS (GONZALEZ GANCEDO), PARA INFORMAR SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 212/001420.)**

La señora **PRESIDENTA**: La siguiente comparecencia es de la Directora General de Farmacia y productos Sanitarios para informar sobre los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica, comparecencia que ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

Se encuentra entre nosotros la Directora General de Farmacia, doña Pilar González Gancedo, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

¿Desea el Grupo Popular intervenir previamente para centrar los términos de la comparecencia?

La señora Fernández de Capel tiene la palabra.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Solamente querría dar la bienvenida a la señora Directora General de Farmacia y rogarle que tuviese la bondad de informar a esta Cámara sobre los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica que ha elaborado el Insalud.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Directora General de Farmacia, doña Pilar González Gancedo.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS (González Gancedo)**: Señorías, comparezco para informar, no sobre el informe de indicadores cualitativos hecho por el Insalud, sino sobre los indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos, donde de alguna manera he colaborado ya que la Presidenta de Uso Racional del Medicamento, cuando se adopta la iniciativa de crear este documento, era la Directora General de Farmacia. Del Insalud y de los indicadores del Insalud creo que no soy yo la persona adecuada para contestar a ese informe.

Antes de abordar concretamente los trabajos sobre indicadores de prescripción, es necesario hacer una exposición de la situación internacional y nacional sobre dos temas fundamentales: el uso racional de los medicamentos y los estudios de utilización de los mismos, con el fin de comprender el marco en el que se desarrollan.

La Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia de Nairobi de 1985, definió el uso racional de los me-

dicamentos como la prescripción que se consigue cuando un profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada y durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible. El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptables.

El uso racional de los medicamentos interesa por igual a los países en desarrollo y a los desarrollados. En estos últimos la prescripción de fármacos inadecuados e innecesarios absorbe una parte considerable del presupuesto de la atención de salud y agrava el problema de las enfermedades iatrogénicas. Para formular estrategias congruentes que fomenten el uso racional de los medicamentos se necesita información sobre las necesidades farmacéuticas de la comunidad, sobre su costo y sobre la utilización de los medicamentos.

Dentro de las actividades relacionadas con el uso racional de los medicamentos recomendadas por esta Organización hay que destacar la elaboración de protocolos terapéuticos, comisiones de farmacia, guías farmacoterapéuticas de área, determinación de la medicación de urgencia en los centros y evaluación del uso de los medicamentos. La OMS pide a cuantos trabajan en el campo de la salud que al planificar sus actuaciones diseñen también el instrumento de medida para evaluarlas. Por ello, ha propiciado la creación de un grupo de investigación de utilización de medicamentos, con el objeto, entre otros, de instar a las autoridades sanitarias a la realización de este tipo de estudios.

En la misma línea, Dukes, el consejero de la OMS para asuntos farmacéuticos, editó en 1993 el libro «Estudios en drogas: utilización, métodos y usos», dentro de las series europeas de publicaciones que realiza el citado organismo. En esta publicación se sitúa el inicio del desarrollo de estos estudios de 1964 en el simpósium de Moscú, organizado por la OMS, estableciéndose como causa de ello el desastre de la talidomida, debido al desconocimiento de la cantidad en la que había sido utilizado el medicamento y a la incapacidad de asesorar en la frecuencia y localización de riesgos.

La reunión de Moscú llevó a la realización de un estudio por los directores de salud pública de Holanda y Suecia, recogiendo datos de sus países y de algunos otros. Sus hallazgos fueron expuestos en la reunión de Oslo de 1969 y proporcionaron las bases para la formación del grupo de consumo de medicamentos de la OMS, que después se convirtió en el grupo de investigación en utilización de medicamentos de la misma.

Durante los últimos 20 años, este grupo ha permanecido muy dinámico y ha dado lugar a que estos estudios se conviertan en un servicio a los intereses de eficacia, efectividad y seguridad médica. El grupo, los investigadores y los institutos asociados han desarrollado y revisado los instrumentos y los métodos esenciales para que los estudios de utilización de medicamentos sean realizados de forma fidedigna y razonablemente estandarizada. En su reunión de 1993 en Oxford, realizó, entre otras actividades, una recopilación de los trabajos sobre este tema a nivel mundial.

Entre los países con trabajos en este campo, se encuentran Canadá, Reino Unido, Australia, Alemania, Francia, Holanda; y con una gran colaboración se encuentra España, debido principalmente a la existencia, desde los años 70, de un sistema de información sobre las prescripciones de medicamentos fiables y muy desarrollados.

Consejo de Europa. Como resultado de la corriente internacional con respecto al consumo de medicamentos, el Consejo de Europa, a través de su Comité de Ministros, adoptó la resolución AP (94) 1 sobre el uso racional de los medicamentos, en la que recomienda la adopción de medidas, entre las que se encuentra la prescripción racional de los mismos. Para conseguirlo, estimula la creación de comités sobre productos farmacéuticos y terapias de carácter pluridisciplinar, dotados de un papel consultivo, entre cuyas funciones se encuentra la de evaluar de forma regular la calidad de utilización de los medicamentos.

En los Estados Unidos la FDA, que es el organismo que autoriza los medicamentos, aplica una calificación a los mismos cuando se autoriza su puesta en el mercado, en función de lo que se denomina su potencial terapéutico, estableciendo tres categorías: tipo A, avance terapéutico importante; tipo B, avance terapéutico modesto, y tipo C, avance terapéutico pequeño o ausente. Estas calificaciones se revisan de forma periódica debido a los cambios que pueden acontecer con respecto al lugar de la terapéutica que ocupa un determinado medicamento. Como resultado de la ausencia de un sistema público de información global sobre prescripciones, los estudios de utilización de medicamentos en este país tienen un enfoque diferente a los existentes en España. No obstante, existen importantes grupos de trabajo que abordan los estudios de utilización de medicamentos como medida del resultado de una intervención de tipo educativo o de información sanitaria. Un ejemplo de ello es el grupo de Stephen B. Soumerai, de la Harvard Medical School.

En el Reino Unido, un ejemplo de esfuerzo realizado en este país en este área es la noticia aparecida recientemente en la revista *Scrip*, según la cual el departamento de salud ha destinado 2,4 millones de libras a investigación en prescripción para un período de de cuatro años. Los anuncios se han puesto en la prensa nacional y prensa médica, invitando a los investigadores a hacer propuestas. El departamento de salud espera que la investigación cubra las siguientes áreas: percepción por los médicos de las necesidades de los pacientes con respecto al tratamiento con medicamentos y percepción de los pacientes; formas de animar a los médicos a una mejor prescripción; incentivos a los médicos que realicen una prescripción con mejor coste-efectividad; factores que influyen a los médicos en la prescripción de nuevos medicamentos; indicadores para ayudar a mejorar la calidad de la prescripción; formas de animar a los pacientes a completar sus tratamientos con medicamentos.

El departamento de salud también declara que la decisión de asignar estos fondos está en la misma línea que la estrategia de investigación y desarrollo de la National Health Service, en la cual la prescripción ha sido identificada como una de las ocho áreas de prioridad.

En España, La Ley del Medicamento, de acuerdo con las orientaciones de las más modernas disposiciones sobre esta materia en el mundo occidental y las recomendaciones de la OMS, dedica todo el título VI al establecimiento de una serie de normas y principios sobre el uso racional de los medicamentos. De esta forma, el artículo 84 define, entre las actuaciones de las administraciones sanitarias, la adopción de las medidas necesarias para que, en las estructuras de atención especializada y primaria, se lleven a cabo la selección y valoración científica de los medicamentos y de su empleo a través de las comisiones de farmacia y terapéutica o de cualquier otro medio equivalente. La misma ley, en su título II, sienta las bases del registro de especialidades farmacéuticas como garantía de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos autorizados en España, sin entrar en absoluto en contradicción con el programa del uso racional de los medicamentos en atención primaria y especializada, a que se refiere el título VI.

Hay que tener en cuenta que las autorizaciones de registro se efectúan teniendo en cuenta la documentación presentada por las compañías farmacéuticas como fruto de un proceso de investigación, con unos requisitos establecidos, y que los programas de uso racional de los medicamentos están dirigidos a conocer y actuar sobre la forma en que los medicamentos son utilizados en la práctica clínica.

La implantación en España de los programas de uso racional de los medicamentos promovidos por la OMS ha tenido varias etapas, pero se puede decir que se consolidó formalmente con la Ley del Medicamento en su título VI y, por otra parte, con la elaboración, en 1991, del documento que recoge el programa de uso racional del medicamento en atención primaria.

El objetivo de este programa es la mejora de la calidad asistencial, especialmente en el ámbito de la utilización del medicamento, para la que se preconizan fundamentalmente tres medidas: incorporación del farmacéutico a las estructuras de atención primaria, creación de la comisión de farmacia y terapéutica y participación de médicos, personal de enfermería y servicio de farmacia hospitalaria del área.

Con estos objetivos iniciales, las actuaciones concretas se centran en elaboración de protocolos y guías farmacoterapéuticas, establecimiento de sistemas de información de medicamentos dirigidos al personal sanitario, promoción del sistema de farmacovigilancia y realización de estudios de utilización de los medicamentos. Estos estudios del uso del medicamento se realizarán con el fin de conocer los patrones de prescripción y uso de los medicamentos en relación con la morbilidad y establecer las acciones y mecanismos para modificar dichos patrones, de acuerdo con criterios de racionalidad.

Para comprender el volumen y la calidad de los estudios de utilización de medicamentos existentes en nuestro país hay que tener en cuenta que el sistema de información del consumo extrahospitalario de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social se viene realizando desde los años setenta con un gran nivel de precisión y calidad. Esto determina una diferencia fundamental con los países de nuestro entorno, la mayoría de los cuales carece de un sis-

tema de similares características, y los datos con que cuentan las autoridades sanitarias de esos países son parciales o propiedad de la industria farmacéutica, que los utiliza para sus estudios y actuaciones sobre el mercado.

La práctica terapéutica pasa en la atención primaria, en un porcentaje muy elevado de casos, por la prescripción de medicamentos. Por ello, es esencial que, al plantear el tema de la garantía de calidad asistencial, se tenga en cuenta la calidad de la prescripción como un aspecto fundamental y considerar que esta calidad va ligada a una óptima utilización de los medicamentos eficaces y seguros.

Si nos centramos en la definición de la OMS de los estudios de utilización de medicamentos, encontramos que son aquellos que tienen como objetivo el análisis de la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes. El objetivo último de los estudios de uso de los medicamentos es conseguir una práctica terapéutica óptima y, para alcanzarlos, pueden establecerse varios objetivos intermedios. Primero, descripción de la utilización de los medicamentos; segundo, valoración cualitativa de los datos obtenidos con un patrón de referencia considerado óptimo y, tercero, intervención sobre los problemas identificados.

Entre los diversos tipos del estudio del uso del medicamento encontramos aquellos que realizan una valoración cualitativa que puede pretender: detectar la utilización de medicamentos inadecuados en sí mismos; detectar la utilización insuficiente o excesiva del tratamiento farmacológico en una determinada enfermedad o indicación; detectar una utilización excesiva o insuficiente de ciertos medicamentos en comparación con sus alternativas y en función de la relación beneficio-riesgo y beneficio-coste; detectar una utilización inadecuada de los medicamentos elegidos respecto al esquema terapéutico.

Para efectuar un análisis cualitativo de los estudios de uso de los medicamentos, se comparan las características de la utilización de medicamento observada, con un patrón de referencia considerado óptimo o estándar. Los indicadores son los parámetros que miden las diferencias entre la utilización del medicamento observada y el patrón de referencia. Los patrones de referencia e indicadores se pueden identificar en la literatura o ser de elaboración propia.

Uno de los primeros estudios de uso del medicamento realizados en España fue publicado por Laporte en el «British Journal of Clinical Pharmacology» en 1983, que trata de evaluar la calidad de la prescripción de los medicamentos mediante la clasificación en cinco categorías en función de su valor intrínseco, y en tres categorías según su potencial de uso esperado. Estas clasificaciones fueron aplicadas a las especialidades farmacéuticas más vendidas en esos años.

En ese mismo año, 1983, Laporte y Tognoni publicaron «Principios de Epidemiología del Medicamento», que recoge de una forma amplia los criterios internacionales y nacionales sobre el uso racional de los medicamentos, que ha sido expuesta en esta comparecencia.

En los últimos dos años se han elaborado varios documentos de trabajo derivados de los iniciados por Laporte, entre los cuales podemos citar el de la Fundación Farmacia Clínica, de julio de 1993, y el del Insalud de 1994.

El documento de la Fundación Farmacia Clínica se denomina «Uso racional del medicamento. Propuesta de clasificación de las especialidades farmacéuticas» y trata de analizar la oferta de medicamentos contenidos en el catálogo de especialidades del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de 1992, con el fin de proporcionar un documento de debate en torno al cual sea posible llegar a un consenso sobre los criterios de selección científica y sanitariamente aceptables. La propuesta se orienta exclusivamente a la atención primaria, puesto que en el ámbito hospitalario la selección de los medicamentos se realiza habitualmente por las comisiones de farmacia y terapéutica, iniciadas en España en 1967.

La metodología utilizada consistió en la clasificación de los principios activos en cuatro grupos, utilizando los siguientes criterios: eficacia contrastada, seguridad, criterios farmacocinéticos, disponibilidad de fármacos en atención primaria y coste. Los grupos resultantes son: Grupo A, fármacos de eficacia y seguridad contrastada y de primera elección; grupo B, fármacos de eficacia y seguridad contrastada y de segunda línea; grupo C, fármacos de seguridad o eficacia poco contrastada o que carecen de interés terapéutico; y el grupo H, fármacos con indicaciones terapéuticas del ámbito hospitalario.

En el año 1994, el Insalud elaboró un documento sobre «Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica», tomando como punto de partida la mecanización, desde 1974, de las recetas facturadas con cargo al Sistema Nacional de Salud. La explotación inicial de esta información permitió, en una primera etapa, conocer el consumo cuantitativo en recetas e importe de cada médico. Posteriormente, el desarrollo de programas informáticos capaces de mejorar la información de la cinta de facturación a nivel provincial ha permitido conocer el perfil de la prescripción de cada facultativo, entendiéndose por tal su consumo de cada uno de los grupos y subgrupos en que se clasifican las especialidades farmacéuticas existentes.

El conocimiento por cada facultativo de este perfil farmacoterapéutico supone un instrumento fundamental para la evaluación cualitativa de su prescripción, pero inmediatamente surge la necesidad de disponer de unos indicadores que sirvan de guía para orientarla.

Con estas premisas, la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud constituyó un grupo de trabajo, compuesto por médicos y farmacéuticos de atención primaria y farmacólogos clínicos, a los que se les encargó la elaboración de indicadores de prescripción, orientados a proporcionar información adicional más específica a los perfiles de prescripción. Los indicadores se diseñaron para ser aplicados a nivel de área, centro o equipo de atención primaria, teniendo en cuenta sus limitaciones en cuanto al contexto del momento y el entorno sanitario por el que se consideró imprescindible su puesta a prueba en una fase piloto que se está llevando a cabo en este momento.

El objetivo del diseño de estos indicadores de calidad de la prescripción fue servir de instrumento de medida que permitiese cuantificar una valoración, en principio cualitativa, de esta prescripción, detectando tres tipos de problemas; beneficios insuficientes, riesgos excesivos y desfavorable relación beneficio-riesgo-coste.

Para el diseño de los indicadores, se utilizaron los consumos de subgrupos terapéuticos de cuatro o cinco caracteres en relación con la población protegida o con el consumo total. En algunos de los indicadores, la población de referencia son los pensionistas, por tratarse de los principales consumidores de determinados grupos de medicamentos.

Indicadores cualitativos de la prescripción del medicamento. Si nos detenemos finalmente en el trabajo, que creo que es el objeto de esta intervención, hay que exponer brevemente las etapas y la forma en que fue realizado.

En la reunión de abril de 1993 de la Comisión permanente de uso racional de los medicamentos, presidida por la Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios, se propuso encargar la elaboración de un trabajo sobre indicadores de la prescripción de medicamentos. Esta propuesta fue acordada en la misma sesión por ser coordinada por la Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y en la citada reunión se invitó a los componentes de la comisión a participar o proponer personas que colaboraran en la realización del trabajo.

Hay que destacar que la Dirección General de Aseguramiento y Planificación ha venido convocando, de forma permanente, diversos paneles de expertos, con el fin de elaborar informes de recomendaciones que afectan a la actividad clínica y terapéutica, dirigidos a los profesionales, a las gerencias y direcciones médicas de hospitales y áreas de salud y a las distintas administraciones sanitarias. Como resultado de esta actividad, el Ministerio de Sanidad y Consumo editó, en 1994, las guías nacionales de práctica química que comprenden trece documentos, de los cuales sólo tres se ocupan en exclusiva de la terapéutica con medicamentos concretos.

En el prólogo de la presentación de estas guías se dice: Queríamos enfatizar que nuestros documentos son de recomendaciones y no constituyen unas rígidas normas de práctica clínica «estricto sensu». Consideramos, más bien, que la guías de práctica clínica deben entenderse como directrices o recomendaciones actualizadas a la luz del conocimiento científico actual y de la situación concreta de nuestro sistema sanitario.

En la constitución del grupo de trabajo para la elaboración de indicadores cualitativos de la prescripción por la Dirección General de Aseguramiento y Planificación y en la coordinación del mismo por la Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, se tuvieron en cuenta las iniciativas surgidas sobre esta materia en los ámbitos de la docencia, la investigación y la asistencia sanitaria, sobre los cuales existen publicaciones, tanto en España como a nivel internacional.

El panel de expertos resultante fue multidisciplinar, y participaron médicos y farmacéuticos de atención primaria y de atención especializada, así como farmacólogos clíni-

cos. Se respetaron las propuestas de participación de los miembros de la comisión de uso racional de los medicamentos, en la cual están representados, entre otros organismos, el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Farmaindustria y las comunidades autónomas.

Antes de abordar el trabajo y su metodología, se establecieron los puntos de partida y los elementos básicos que debían tenerse en cuenta, entre los cuales puede destacarse que la Comisión Nacional para el uso racional de los medicamentos acuerda la elaboración de este documento y la Dirección General de Aseguramiento y Planificación se encarga de la coordinación. Su contenido es expresión de la evaluación científica del panel de expertos convocado, constituyendo por ello un documento de asesoría técnica, no representando necesariamente la opinión oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo. Conseguir una utilización racional de los medicamentos, logrando una práctica terapéutica óptima, es el objetivo prioritario para la Organización Mundial de la Salud, del que participan sus países miembros. Estos lo han asimilado e incorporado a su ordenamiento jurídico en leyes tan importantes en el caso de nuestro país como son la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento.

Si nos detenemos, finalmente, en el trabajo que es objeto de esta intervención, hay que indicar que el objetivo del panel fue elaborar unos indicadores que permitieran evaluar la calidad de la prescripción de los medicamentos en la práctica médica extrahospitalaria, todo ello como una primera aproximación para permitir el cumplimiento de lo establecido en el artículo 96, de la Ley 25/1990, del 20 de diciembre, del Medicamento, que dice: En el ámbito del Sistema Nacional de Salud corresponde a las administraciones públicas sanitarias la evaluación de las prescripciones por áreas, zonas, terapias, grupos poblacionales y otras circunstancias.

En la primera parte se han estudiado los medicamentos financiados por la Seguridad Social, clasificándolos en dos categorías A y B, según su valor intrínseco, con el objeto de establecer unos indicadores de primer nivel en base a su composición, eficacia y seguridad. En una segunda etapa sería posible analizar la calidad de la utilización de los medicamentos en función de sus indicaciones y su terapéutica.

En todo caso, hay que destacar que los trabajos o estudios cuyo objetivo sea valorar la idoneidad de las prescripciones realizadas en la práctica clínica, tal como establece la Ley del Medicamento, es obvio que no entra en conflicto con los principios básicos que determinan el registro de especialidades farmacéuticas: calidad, seguridad y eficacia. También hay que indicar que si bien todos los medicamentos registrados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios cumplen los citados requisitos de calidad, seguridad y eficacia establecidos en la ley, no todas las sustancias medicinales incluidas en un grupo terapéutico son equiparables en cuanto a seguridad y eficacia.

En el desarrollo de los trabajos, cada uno de los miembros del panel de expertos contó con el asesoramiento de consultores externos, lo que elevó el número de profesionales que colaboraron en el mismo a más de cien.

En cuanto al método de trabajo seguido, indicar que cada grupo terapéutico fue analizado por dos miembros del panel de forma independiente, contando para ello con el asesoramiento de los citados consultores externos. Después de contrastar los resultados obtenidos por cada uno de ellos, se presentaban las conclusiones al resto de los componentes del panel para su debate y discusión. Cuando la evaluación de alguno de los medicamentos ofrecía disparidad en su análisis se trataba monográficamente por el conjunto del panel que adoptaba por consenso una decisión final.

Para la calificación del medicamento como de valor intrínseco elevado, se tuvieron en cuenta básicamente los siguientes criterios: medicamentos cuya eficacia y seguridad están suficientemente documentadas; medicamentos cuyas formas farmacéuticas, dosificación y vías de administración son las adecuadas; medicamentos monofármacos. Las asociaciones de principios activos a dosis fijas se consideraron de categoría A sólo si presentaban alguna ventaja frente a la administración de los mismos principios activos por separado o tienen una justificación terapéutica, galénica o de mejora de la adherencia al tratamiento prescrito.

En la sesión de mayo de 1994, de la Comisión permanente de uso racional de los medicamentos, se presentó el trabajo elaborado por el grupo de expertos. Durante esta presentación hubo una discusión preliminar y se propuso que se hicieran sugerencias por escrito y se tratara de nuevo en la reunión del mes de julio.

Hasta el 31 de julio de 1994 se han recibido en la secretaría de la Comisión Nacional para el uso racional de los medicamentos las propuestas de siete compañías farmacéuticas para doce principios activos. Si tenemos en cuenta que se han revisado todos los principios activos reembolsables a través del Sistema Nacional de Salud, que son 1.417, la proporción resultante es bastante reducida, el 0,8 por ciento. Estas propuestas han sido estudiadas de nuevo por el grupo de trabajo, y con los resultados se ha elaborado el documento final, en septiembre de 1994.

Como conclusión, hay que destacar que se trata de un documento de asesoría técnica y científica promovido por la Comisión Nacional para el uso racional de los medicamentos, y cuyo objetivo, al igual que en general el de los estudios de utilización de medicamentos, es colaborar en la obtención de la necesaria garantía de calidad asistencial en el campo de la terapéutica.

La información, formación e investigación sobre los medicamentos son tareas de máximo interés social para pretender ofrecer a los ciudadanos una terapia reaccional y una utilización óptima de los recursos disponibles.

Gracias, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Además del grupo solicitante, ¿qué otros grupos desean intervenir? (Pausa.)

Por el grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Señora Directora General de Farmacia, me parece lógico el estudio de medicamentos hecho por diferentes países, pero

vemos que el hecho por el Insalud, en tanto en cuanto afecta a la calidad y a la eficacia del medicamento, no es sólo pertinente la presencia de representantes del Insalud, sino la suya, porque la garantía, la calidad y la eficacia del medicamento es responsabilidad directa de usted.

Los estudios internacionales tienen una vertiente que nosotros echamos de menos en este estudio: son estudios completos. Esos estudios recogen no sólo la parte de indicadores en la prescripción, como éste, sino que reúnen otra serie de aspectos que usted ha leído muy bien, pero el del Insalud se centra más en los indicadores de la prescripción. Esta es más una figura literaria de pensamiento, de utilizar la parte por el todo, pero en este momento estamos hablando de medicamentos y no de literatura.

Después de estudiarlo muy detenidamente, nosotros entendemos que el documento de los indicadores de calidad en la prescripción es más una medida de control del gasto farmacéutico que implica sobre todo tipos de actuación.

Una primera actuación es la evaluación de la eficacia de los medicamentos que componen la oferta terapéutica del Sistema Nacional de Salud y que se traduce en la confección de una lista de especialidades farmacéuticas que se califican de utilidad terapéutica baja —UTB— o alta y esto da lugar a una serie de medidas para que los médicos no prescriban los medicamentos de esas listas. Estas medidas son generalmente de tipo coactivo —mediante el control de la prescripción de cada médico— para, como usted ha dicho muy bien, hacer una evaluación de si su prescripción es buena o no es adecuada. Le indicaría con el mayor respeto que procuren no se vea mucho el documento por decoro de la dirección general y por decoro también de la sanidad pública de nuestro país a la que yo tengo un gran respeto.

¿Quién ha hecho la evaluación? Pues estamos en una incógnita. Sabemos que varios grupos de trabajo ligados por contratación de cada gerencia de área con criterios de transparencia que hasta este momento no vemos: 54 farmacéuticos de atención primaria, uno por cada área del Insalud. Pero no se responde a preguntas de esta diputada, hechas en tiempo y forma, habiendo pasado suficiente tiempo para la respuesta. No se ha respondido sobre quién ha trabajado en ese documento. Se han dejado muchas incógnitas sobre este tema; quién ha trabajado, qué personas fueron contratadas por las áreas de atención primaria y qué medicamentos hay ahora mismo clasificados que no se nos contesta. Tampoco se nos ha servido el informe y usted no ha aclarado suficientemente quién ha trabajado en este aspecto; una solicitud del informe que hicimos al Ministerio de Sanidad y Consumo recabando los boletines farmacoterapéuticos elaborados por las comisiones a través de ese documento de indicación, tampoco nos ha llegado, aunque el plazo se ha cumplido de forma generosa.

Parece que estos grupos de trabajo están ligados a estructuras de control de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y sabemos que hay dos evaluaciones en uso, una del Insalud y otra del Servicio catalán de salud, que sirven de modelo para unos boletines como el del área de Cuenca, boletines discutibles, de baja calidad y sin un apoyo científico (el boletín carece del mínimo

apoyo y del mínimo rigor científico que serían deseables para una actuación de este tipo); es una información, para decirlo de manera suave, muy poco seria.

Si el documento en sí pudiera considerarse discutible bastarían para desacreditarlo dos puntos injustificables desde el aspecto ético-médico. Concretamente me voy a referir al primero de ellos. En el párrafo de la página 3, renglón 3, habla de cómo programas informáticos capaces de explotar la información de las cintas de facturación de recetas —usted lo ha citado también textualmente— han permitido conocer el perfil de calidad de prescripción de cada facultativo, lo cual es una injerencia en la relación de libertad de prescripción y en la relación médico-enfermo. A este respecto yo le indico que esa utilización de las recetas de un facultativo y la calificación posterior de si ese facultativo actúa bien o actúa mal en materia sanitaria, vulnera los artículos 18 y 20 de la Constitución, el secreto médico-enfermo que es irrenunciable —y esta Comisión me imagino que respetará también—; pero, sobre todo, tienen un fallo de raíz: ¿cómo se valoran aspectos no predecibles ni estables con la receta de un enfermo del que sólo se conoce el nombre y ninguna circunstancia concomitante que acompañe a su cuadro a través de un medicamento? Eso debería explicarlo la Administración porque, como ya dije un día a la señora ministra, a lo mejor el Insalud se hace acreedor del premio Nobel y de la última revolución médica. ¿Cómo se valoran esos aspectos no predecibles a través de una receta de un señor y con el nombre de un médico? Yo quisiera saberlo porque quizá no sirva para nada la Facultad de Medicina.

En la página 37 del documento se indica —y es una situación también lamentable— cómo —cito palabras textuales— que desde la atención primaria el médico puede condicionar con su actitud modificadora el tratamiento del especialista, el consumo de algunos productos: Incitar a unos facultativos a modificar el tratamiento que ha sido puesto por un facultativo, se cita. Busque por favor la página 37 de los indicadores de calidad terapéutica y verá claramente cómo se incita para que desde la atención primaria el médico pueda condicionar —y se usa esta palabra— con su actitud modificadora del tratamiento del especialista el consumo de algunos productos. Como médico me resisto a que nadie me corrija la plana. Si ha de hacerlo que lo haga ante el Colegio de Médicos y con unos argumentos de otro tipo pero nunca el de la calificación.

La señora **PRESIDENTA**: Perdona un momento, señora Fernández de Capel. ¿Quiere indicar de qué documento se trata?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: El documento que yo he pedido: Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica del Insalud.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene usted razón. Efectivamente, ése es el documento. Recuerdo a la señora Fernández de Capel por segunda vez en el día de hoy que la solicitud de comparecencia que han formulado SS. SS. hace referencia a los indicadores de calidad de la prescrip-

ción farmacológica general, no específicamente al documento del Insalud. Se lo digo porque está haciendo referencia en concreto a ese documento. Siento que...

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL Y BAÑOS**: Si éste fuera un documento de carácter particular, señora Presidenta, formaría parte del carácter general.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, le insisto...

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Estoy hablando del Insalud.

La señora **PRESIDENTA**: No me interrumpa, por favor. Insisto en que usted puede referirse a toda la documentación que haya consultado, evidentemente, cómo no, pero quiero recordar que la solicitud de comparecencia se ha formulado en los términos que se ha formulado y usted está utilizando una documentación de la que no disponemos para hacer referencia en este momento. **(Rumores y protestas.)**

Señorías, no tienen la palabra. Quiero insistir en que cuando hacen una solicitud de comparecencia presten atención a los términos en que la formulan. Simplemente quería hacerles esta indicación.

Puede continuar, señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Gracias, señora Presidenta. Lamento que pueda existir algún malentendido puesto que yo estoy hablando del documento del Insalud y en la primera parte de mi intervención he aludido a cómo afecta también a la Dirección General de Farmacia puesto que estamos hablando de medicamentos.

El consumo de esos productos puede ser modificado a través de la atención primaria; la prescripción que hace el facultativo especializado. Es lamentable pero más cuando se ha preguntado a la señora ministra, y en respuesta de 22 de marzo —y ahí quedaba bien claro que era del Insalud— diga que el decreto de julio de 1993 afectaba a champús, cremas dermatológicas, etcétera. Esta es una actitud intolerable desde el punto de vista del ministerio ante esta Cámara puesto que el documento lo refiere principalmente todo a gasto.

El documento, que sepamos, no ha pasado por la Comisión Nacional de uso racional de medicamento, y usted se refería, señora directora general, al documento. Sin la prueba, el documento saldría con el refrendo de la Comisión y si no, pues podría considerarse que es propiedad intelectual de este grupo autor, aunque con boletines como el de Cuenca quizá habría que apartar y quitarle —entre comillas— lo de intelectual.

Intentar el control del gasto con indicadores de calidad en la prescripción tiene varios problemas. Primero, si hay criterios económicos —y los hay en cada línea—, éstos quitan credibilidad «ab initio», es decir, en el momento de iniciar el control, al resultado científico que aparece condicionado al criterio económico. Esa presentación pseudo-

científica, en la que en el numerador aparece el grupo terapéutico y en el denominador el gasto, ¿cómo puede coordinarse con la calidad y la eficacia?

Segundo punto que es digno también de destacar: la implantación es de carácter coactivo y no tiene en cuenta la realidad asistencial, como le he dicho, que nunca puede evaluarse a través de unas recetas. El ordenador del Insalud controla al grupo terapéutico pero no sabe si sus medicamentos, por ejemplo, antihipertensivos, se están utilizando correctamente; y no puede saberlo porque no conoce la índole del enfermo.

Los medicamentos más vulnerables —y paso a la tercera parte, a una revisión que es necesaria dentro de la actuación del ministerio— serían en este momento, en 1995, los medicamentos que se aprobaron entre los años 1960 y 1970 y que todavía están en el mercado; esto nos daría una acción contraria a lo que indican los documentos, y llegaríamos a apartar unos medicamentos más baratos y a incluir unos medicamentos más caros. Las medidas afectan principalmente a los medicamentos de la industria española, de la industria farmacológica española, no a los de las multinacionales del sector, y sabemos —usted lo debe saber, señora directora general— que en la Administración hay criterios internos divergentes. ¿Verdad que hay criterios divergentes en la Administración? Hay medicamentos con más de veinte años, y sería muy discutible que todavía apareciesen algunos. Pero hay algo más, alguien los autorizó, alguien los mantiene, si no son eficaces hay que retirarlos, y si no hay que retirarlos, hay que dejarlos plenamente, porque estaríamos vulnerando los artículos 9.1 y 10.1, letras a) y b) de la Ley del Medicamento y los puntos 2 y 3 también del artículo 10 de la Ley del Medicamento. La nueva reglamentación (en fase de información pública, como sabemos), que modifica el Real Decreto sobre autorización del medicamento para adaptarlo a las normas de la Unión Europea, establece que cuando se haga la convalidación quinquenal de los medicamentos antiguos para su autorización ha de revisarse la eficacia y la seguridad con criterios científicos actualizados. Con eso estamos plenamente de acuerdo, pero lleva a tomar una serie de actitudes: o se resuelve el problema donde hay que resolverlo, que es en el registro farmacéutico, o creará conflictos como el que está suponiendo este tipo de documentos que pululan por la red asistencial española; creará conflictos con la Administración porque se declaran ineficaces medicamentos que están respaldados por el registro farmacéutico, y ante eso, señora directora general, usted tendrá que decir algo, ¿cómo lo aprueba el ministerio? ¿Qué dice la Dirección General de Farmacia cuando un medicamento aprobado se declara ineficaz? Alguien tendrá que decir algo.

Su problema, señora directora general, y yo lo entiendo, es que la Dirección General de Farmacia tiene objetivos divergentes, y a usted le ha tocado lidiar ese toro. No se puede ser a la vez garante de la calidad del medicamento, que debería ser su objetivo prioritario, y controlador del gasto farmacéutico, porque es una esquizofrenia que motiva estos resultados poco deseables y que llevan a esa ineficacia. Por ejemplo, respecto a los medicamentos UTB,

los de utilidad terapéutica baja, en la página 13 del documento del Insalud se aconseja no prescribirlos e ir al principio activo, pero aquí hay ese galimatías, ese oscurantismo tan de moda hasta en la literatura y científicamente hay un galimatías que no permite vislumbrar unos visos de realidad con lo que se está haciendo. Por ejemplo, en el caso de los hipotensores se mezclan churras con merinas. Se mezclan sin distinguir sus diversas funciones diazinas, diuréticos y betabloqueantes y, además, se indica en grupos el preferente. ¿Cómo se puede incluir un hipotensor en un grupo preferente si en un momento determinado habrá que utilizar uno u otro dependiendo del enfermo? En cuanto a los antidepresivos se habla de ellos como si todos fuesen iguales. No, señora directora general, un antidepresivo aplicado a un enfermo habrá que ver qué pruebas y qué reacciones provoca ante otras sustancias para utilizar un medicamento antidepresivo determinado. Esto no es de recibo. Por ejemplo, me acuerdo de la reacción al sulpiride para poder utilizar un antidepresivo u otro. Son estudios farmacológicos que evidentemente usted conoce. El desprecio por asociaciones de los psicolépticos o los psicoanalépticos también sería muy discutible científicamente, y el documento los rechaza. En cuanto a los ansiolíticos queda muy en entredicho la función de los ansiolíticos y, en este momento que disfrutamos de las alergias primaverales, no digamos nada de los antiasmáticos. Cuando veo que en los documentos se desaconsejan unos medicamentos con nombres y apellidos y se dejan otros exactamente iguales, pienso que algo tendrá que decir la Dirección General de Farmacia, porque si se le da al botoncito del ordenador salen exactamente otros preparados con la misma composición que no se rechazan en esos documentos.

Desde el punto de vista político, médico y ético, que esta diputada no puede obviar, no se puede tolerar esa situación de indefensión al aplicar estos boletines de forma extraoficial, porque se produce una indefensión en los afectados. No han sido consultados los utilizadores, no pueden recurrir, ni hay mecanismos formales para subsanar posibles errores como los que acabo de señalar que son muy patentes, ni hay responsables de estos mismos indicadores, no hay responsables. A mí no se me ha contestado ni nadie sabe quién manda esos boletines, esos indicadores. Esta es una forma que tiene el ministerio de vulnerar los derechos de los usuarios y de los prescriptores, y lleva a la indefensión absoluta del prescriptor y del ciudadano ante el ministerio, porque ¿quién responde de esa indicación? Y más cuando se introducen en los ordenadores datos sobre eficacia que crean opinión en el mundo farmacéutico, que inciden en las ventas en uno y otro sentido y, como le estoy diciendo, también incide en los puestos de trabajo de la farmacia española, de la que hablaremos otro día. Hoy, quiero que me responda por qué se quitan unos y se dejan otros exactamente iguales con distintos precios.

Rechazamos el documento —debería explicar la razón— y el valor que tenga habrá que asumirlo, pero habrá que asumirlo para que no se use, señora Directora General de Farmacia. Se lo digo con el absoluto deseo de que corrija ese error y que se sigan usando esos indicadores de forma extraoficial. El ministerio tiene la responsabilidad y

su dirección general también de que sea oficialmente cuando se hagan indicaciones de este tipo.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Intervengo para agradecer la comparecencia de la Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios y también su exposición sobre los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica.

La posición inicial de clasificar los medicamentos en categorías, bien sea por su eficacia, bien sea en dos categorías u otras formas, como ha expuesto la directora general (en este caso se ha referido a los de valor intrínseco elevado o a los de valor intrínseco no elevado), conlleva unas consecuencias para la industria farmacéutica que no siempre pueden interpretarse adecuadamente y, además, eso por múltiples factores. La medicina no es una ciencia exacta, la respuesta de cada enfermo es diferente, no hay enfermedades sino que hay enfermos, incluso cabría hablar de la idoneidad de la propia prescripción, etcétera. Todo ello nos conduce a no hablar o no querer hablar de listados de fármacos con mayor o menor eficacia. Por tanto, y hasta que no se llegue a unos acuerdos en relación con la calidad de los medicamentos desde el punto de vista de la eficacia, nosotros entendemos que es más operativo hablar de criterios que marquen los parámetros para mejorar los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica, criterios que, por otra parte, en Cataluña están contenidos en el Plan de salud de Cataluña, objetivo esencial del Servicio catalán de la salud como ente gestor del Instituto Catalán de la Salud. No sé si habremos aportado algo en este sentido pero, en cualquier caso, nosotros exponemos lo que hemos hecho, las dificultades con que nos encontramos y sirve para que, por lo menos en el seno de la Comisión, se aporte algo positivo desde el punto de vista de nuestra experiencia.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Bassets.

El señor **BASSETS RUTLLANT**: Señora Directora General de Farmacia, en primer lugar, muchas gracias por esta presencia por primera vez que no será la última; la veremos en otras muchas ocasiones. Deseo darle las gracias no solamente por esta primera comparecencia sino por el trabajo que han hecho y también por cómo lo ha explicado usted, aunque por las intervenciones que he oído anteriormente parece que no le han escuchado o, por lo menos, no con el interés con que usted ha descrito ese documento.

Me parece que, después de esta exposición de la Directiva General de Farmacia y Productos Sanitarios, ha quedado meridianamente claro el tema que ha venido a explicarnos en esta comparecencia que ha pedido el Partido Popular. En un primer apartado —yo he escuchado con mucha atención— ha hecho un recorrido internacional y después ha hecho un repaso histórico de los medicamentos en España. Es verdad que, después de las primeras leyes que

empiezan a regular los medicamentos en Estados Unidos, que fueron los primeros, en las que se regula la pureza de los medicamentos, se regula posteriormente la eficacia de los mismos; más recientemente, después del desgraciado tema de la talidomida, se dictaron normas sobre la inocuidad de los medicamentos, y por último se aprueba introducir un nuevo factor, un nuevo sumando, que es el uso racional del medicamento, al que, a través de la OMS y del Consejo de Europa, se le da un auge para ponerlo en práctica. Pues bien, una de las variaciones que se han hecho para desarrollar este punto concreto han sido los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica, entre otros, pues otras cosas también se han hecho.

Parece ser que el Partido Popular, que es quien pide la comparecencia —ya había hecho a su vez dos preguntas en el Pleno del Congreso de los Diputados—, tiene como norma criticarlo todo, no solamente lo que usted ha dicho aquí ni la política farmacéutica, sino cualquier cosa que se tercie. Si la Administración no hubiese actuado, como es su obligación, dirían que no se hace nada, y cuando se actúa, y se actúa bien, como es el caso que nos ocupa, también lo critican. Ese es su discurso, no tienen otro discurso respecto a la política farmacéutica. Criticaron en su día los proyectos y los programas Prosereme, que sirvieron muy positivamente para retirar del mercado especialidades farmacéuticas que, a pesar de que tenían el correspondiente registro, el transcurso del tiempo había convertido en poco eficaces, entre otras cosas porque, por suerte, habían salido al mercado farmacéutico nuevos fármacos mucho más eficaces. Yo espero que sea así. A mí me gustaría mucho que los últimos avances terapéuticos, farmacológicos y farmacéuticos que hayan salido hoy se queden rápidamente obsoletos porque vengan otras especialidades farmacéuticas a sustituirlos. Parece ser que los miembros del Partido Popular todavía querían que estuvieran dadas de alta las captasmas y las sanguijuelas. También criticaron fuertemente, cuando salió el Decreto de 22 de enero de 1993, de la financiación selectiva de los medicamentos, de cuya orden ministerial que lo desarrolla, publicada el 25 de julio de ese mismo año, se derivan precisamente estos indicadores de la calidad en la prescripción farmacológica, que, por supuesto, vuelven a criticar.

A pesar —usted lo acaba de decir— de que no hay ninguna lista de especialidades farmacéuticas, sino de grupos terapéuticos, siguen diciéndolo. Yo sí tengo aquí el documento, aunque no sea la comparecencia sólo para esto, sino mucho más amplia, y la Diputada del PP no se lo ha leído, porque ¿dónde pone aquí especialidad farmacéutica? No en la página 37, sino en las 65 páginas de que consta. No viene ninguna especialidad farmacéutica, vienen grupos terapéuticos, porque supongo que usted sabrá la diferencia que existe entre especialidad farmacéutica y grupo terapéutico. Como creo que ha sido una equivocación, porque no pienso que haya sido una mala intención, yo le reto —aquí tiene el documento— a que me diga dónde vienen las listas de especialidades farmacéuticas y dónde, apretando un botoncito en el ordenador del Ministerio, aparecen especialidades farmacéuticas que en algunos casos puedan estar dentro de la prestación farma-

cética y en otros, no. ¿Dónde? No existe ese botoncito ni existe, dentro de los indicadores de calidad de la prescripción farmacológica que ha hecho el Insalud, ninguna referencia a especialidad farmacéutica; son grupos terapéuticos. También le ha dicho la Directora General en su comparecencia que ni recorta ni restringe la prescripción farmacéutica. Si usted no lo quiere oír, es distinto.

Querría decir asimismo que, cuando se pide que se retiren las especialidades farmacéuticas que no son eficaces porque, si no, sería anticonstitucional...

La señora **PRESIDENTA**: Señor Bassets, le ruego se centre en la comparecencia de la señora Directora General. Es verdad que otro portavoz también se ha extendido ampliamente en multitud de referencias, y por eso S. S. no ha sido interrumpido hasta ahora. Le ruego se centre, por favor, en la comparecencia de la señora Directora General. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)**

Señor Fernández-Miranda, no tiene la palabra.

El señor **BASSETS RUTLLANT**: Quiero decir que ha quedado meridianamente claro quiénes forman el grupo de personas que han hecho ese documento. En sentido peyorativo alguien dijo en su día que fueron funcionarios, como si ser funcionario sea algo negativo. Quiero decir —lo he copiado casi textualmente— que la Directora General ha dicho que estaba compuesto por un panel de expertos multidisciplinar, que participaron médicos, farmacéuticos de atención primaria, farmacéuticos de atención especializada, farmacólogos clínicos, e incluso para este documento se han aceptado propuestas de miembros de la Comisión de uso racional del medicamento, que es mucho más amplia.

Por último, quiero añadir que el Grupo Socialista sigue defendiendo una sanidad pública, pero que tenemos que defenderla porque otros partidos, como acabo de observar, no la defienden, porque quieren bajar los impuestos, lo que conllevaría, por supuesto, un recorte de las prestaciones sanitarias. Tenemos que hacer otras cosas. Creo que el Gobierno socialista, y en este caso concreto la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, las están haciendo y le animo a que continúe, a que escuche a todo el mundo, como está haciendo aquí, y que después haga lo que tenga que hacer para seguir defendiendo esa sanidad y esa prestación. No existe un recorte, puesto que lo que quiere el Grupo Socialista es que no aumente más de lo normal el gasto y, sobre todo, ajustarnos a los Presupuestos Generales reales que hemos aprobado en esta Cámara para defender la prestación farmacéutica de los españoles, y no como otros grupos parlamentarios que quieren ponerla en cuestión.

Muchas gracias por su informe. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Tendrá usted un turno posterior a la intervención de la señora Directora General. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)** ¿Para qué quiere la palabra, señor Fernández-Miranda?

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Para preguntar si, habiendo utilizado a su vez el portavoz socialista un turno en contra de la intervención de la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, no sería más razonable que la intervención de la Diputada del Grupo Parlamentario Popular se produjese antes de la réplica de la señora Directora General de Farmacia.

El señor **BASSETS RUTLLANT**: No ha sido de réplica, ha sido de aclaración. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, les recuerdo que no tienen la palabra y que está en el uso de la misma la Presidenta de esta Comisión. Si SS. SS. me lo permiten —y si no me lo permiten, también—, quiero decirles que esta Presidenta entiende que no se trata tanto de un turno en contra, sino de contrariar unos a otros, tal como es habitual a veces en las distintas intervenciones. Por tanto, considero que deberá tener la palabra la señora Directora General de Farmacia para responderles a ustedes y, posteriormente, le daremos la palabra a la señora portavoz del Grupo Parlamentario Popular para replicar a las posibles alusiones directas o contrarias que haya encontrado de otro portavoz.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Una cuestión de orden, señora Presidenta. Será simplemente puntualizar alguna de las cosas que yo le he preguntado a la señora Directora General.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Directora General de Farmacia para responder a las intervenciones de SS. SS.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gancedo): Aunque me falta experiencia en esta Cámara —la cantidad de preguntas ha sido totalmente abrumadora—, voy a intentar contestar, con sumo gusto, a todo aquello por lo que se me ha preguntado.

Por una parte, yo soy responsable de lo que hago, no de lo que hacen otras personas. Es cierto que la responsabilidad de la Directora General de Farmacia es que se registren medicamentos que cumplan con los criterios de calidad, eficacia y seguridad. Si alguien después quiere hacer un documento —yo soy de León y sé que se han hecho en El Bierzo—, no voy a poder controlar todos los documentos que sobre el medicamento la gente quiera hacer. Creo que no es mi competencia.

Usted ha nombrado boletines de Cuenca y de otros sitios. Eso para mí sería inviable y creo que el hacerlo no es ni mi trabajo, ni mi competencia. Soy responsable y asumo la responsabilidad de los indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos, donde en ningún momento se habla de coste. No se ha tenido en cuenta ningún problema económico para hacer esta calificación de los grupos terapéuticos de los medicamentos. En ninguna columna existe el precio del medicamento, ni en PVL, ni en PVP-IVA, ni coste por tratamiento; nada en absoluto. Es decir, aquí no hay enmascarado, señorías, ningún coste ni

hay ningún recorte económico de la prescripción del medicamento. Esto está aquí escrito y, desde luego, eso es así.

No va en contra de lo que es el registro del medicamento, porque no es lo mismo eficacia que efectividad, y usted lo sabe. Para registrar un medicamento es necesario que cumpla con una serie de requisitos, que son todos aquellos ensayos clínicos que se hacen en sus distintas fases, que son presentados junto con el dossier a la hora de hacer la presentación por parte de la industria farmacéutica para el registro de un medicamento. Es cierto que esos ensayos clínicos, posiblemente, no son tan amplios como todos quisiéramos, porque hacer un ensayo clínico supone un gasto añadido a la industria farmacéutica. Es cierto que tiene que ser significativo, desde el punto de vista estadístico, y que demuestre la eficacia del medicamento.

Otra cosa es cuando el medicamento ya está en el mercado, cuando el número de pacientes que va a utilizarlo es mucho más amplio y cuyos efectos vamos a conocer muchas veces «a posteriori». Su señoría sabe que hay veces en las cuales es necesario retirar un medicamento que lleva un tiempo en el mercado porque no crea laguna terapéutica y porque sus efectos adversos son lo suficientemente conocidos como para retirarlo. Esto no es tan fácil como parece, ni muchísimo menos. Por consiguiente, en cuanto al registro creo que no hay duda alguna de que lo registramos cuando reúnen los tres criterios de calidad, eficacia y seguridad.

¿Coacciona la libertad de prescripción? También estoy en desacuerdo. **(La señora Fernández de Capel Baños: ¡Vaya!)** No es porque esté en desacuerdo y diga usted vaya. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Puede usted decir lo que quiera.)** Por supuesto, no hay duda, señor Fernández-Miranda.

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, señorías.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gancedo): Es cierto que no solamente la Constitución habla de la libertad de ejercer las profesiones. Además, el artículo 13 del código deontológico médico dice que el médico prescribirá según su ciencia y su conciencia. Y su ciencia, la ciencia médica, señoría, es tremendamente variable, no es fija y los conocimientos que tenemos cada día son mucho más amplios.

No solamente soy Directora General de Farmacia, sino que mi especialidad es ser una mujer de hospital, donde he visto evolucionar la ciencia a velocidad vertiginosa y lo que hoy es la última novedad, mañana está obsoleto. Gracias a Dios eso es así y de esta manera podemos tener una medicina que cumple con los requisitos que la sociedad nos exige de dar una calidad extraordinaria en el diagnóstico y en la terapéutica. Y gracias a esos conocimientos el médico prescriptor podrá hacer un mejor uso de los medicamentos que tiene a su disposición en el mercado y que han sido evaluados por la Dirección General de Farmacia.

A mí sí me preocupa no la información que da la Administración del medicamento, que es una información basada en la realidad de lo que pasa con el medicamento y

con los conocimientos científicos de que disponemos en cada momento; es una información completamente aseptica y científica. Lo que sí me preocupa es que a S. S. no le preocupe la información que da la industria farmacéutica en los prescriptores. Esa me preocupa mucho más porque no es una información que no esté sesgada sino que, como S. S. sabe, induce e incita a una prescripción muchas veces de segunda o tercera categoría en ciertas terapéuticas, cuando realmente disponemos de medicamentos de primer nivel.

No sé si con esto he contestado a todas sus preguntas porque han sido múltiples. Si en algún momento quiere hacerme alguna otra pregunta, estaría encantada de contestarle.

Al resto de los señores Diputados, quiero darles las gracias. Primero, al señor Cardona por su aportación en cuanto a los estudios que han hecho, y que conozco, en la Comunidad y gracias por esa acogida en la primera vez que he estado en esta Cámara.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias por su comparecencia.

Señora Fernández de Capel, tal como había decidido esta Presidencia el orden de este debate, tiene la palabra S. S. para un turno de réplica lo más breve posible.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Brevísimamente, señora Presidenta.

Señora Directora General del Insalud, usted no ha contestado por qué no se retiran algunos medicamentos de los años sesenta o setenta. No estamos en contra de que los productos farmacéuticos que se oferten en España se modernicen, sino antes al contrario. Es la segunda vez que le pregunto por qué no se han retirado esos medicamentos ya que este asunto depende directamente de su Dirección General.

Tampoco me ha dicho quién ha hecho el boletín de indicadores en la prescripción, aunque esta Diputada solicitó esa información por escrito y le ha sido denegada. Tendremos que hacer un acto de fe sobre si son funcionarios los toreros de las Ventas. Usted me dice que lo han hecho facultativos, expertos, etcétera. Lo creo, pero es un acto de fe porque no se me ha entregado por escrito, como solicité en tiempo y forma debidos, quién ha hecho ese documento.

Tengo el máximo respeto por todas las personas que han participado, desde un nivel menos específico hasta un nivel de altísima especialidad, que seguramente tendrán todas y que yo comparto aquí con un acto de fe solemne, sean funcionarios, no funcionarios o sean dispensadores farmacéuticos.

Como el señor representante del Grupo Socialista ha hecho un turno en contra de mi intervención, tengo que decirle que puedo poner en entredicho lo que me parezca dudoso en el ejercicio de la función que me ha sido encomendada por los ciudadanos. A este efecto, quiero recordarle también al señor portavoz del Grupo Socialista que el documento que se reconoce, hijo del documento de indicadores en la prescripción farmacéutica, lleva el sello del Insalud, se ha distribuido en los centros de atención primaria

y tiene toda una lista de especialidades farmacéuticas entre las que entran —y lo reconoce así, se hace basándose en esto, sellado por el Insalud— desde el Nolotil y la Buscapina hasta el Deansit. Puedo mirar muchas más. Usted no lo tendrá, pero nosotros sí y sabemos cuando hablamos, de qué estamos hablando porque lo hemos estudiado a fondo.

En este momento no pongo en duda a los profesionales que lo han elaborado, pero lo reconozco con un acto de solemne fe de la que no quiero abdicar en este momento porque la señora Directora General del Insalud dice que son expertos, pero a esta Diputada no se le ha contestado y el plazo está ampliamente cumplido. Tampoco se le ha informado de estos boletines que llevan el sello del Insalud y que se reparten en los centros de atención primaria con una lista de especialidades.

Mi pregunta de por qué no se han retirado si son ineficaces queda todavía en el aire y la señora Directora General del Insalud deberá responderme.

La señora **PRESIDENTA**: La señora Directora General de Farmacia —que no del Insalud— tiene la palabra.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Perdón.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gancedo): Quería hacerle una aclaración a S. S., dado que parece que el documento al que se está refiriendo de una manera reiterada es al del Insalud, no al documento que se ha hecho por consenso en la Comisión de Uso Racional del Medicamento que preside la Directora General de Farmacia. Es decir, estamos hablando de dos documentos distintos, no hay duda. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Algo tendrán que ver.)**

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Sí, señora Directora General, pero algo tendrá que ver...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, le rogaría que dejara terminar a la señora Directora General.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gancedo): Si usted lo desea, puedo darle el nombre de todas aquellas personas expertas que han hecho este documento **(El señor Fernández Miranda y Lozana: ¡Ya era hora!)**: Doña Carmen Alberola, del Hospital Universitario de Getafe de Madrid; el doctor José María Arnau, del Hospital General de Valle del Hebrón de Barcelona; doña Belén Crespo Sánchez, Subdirectora General de Atención Primaria del Insalud de Madrid; el doctor Vicente Asensio García, del Centro de Salud de Puerto de la Torre, de Málaga; el doctor Rafael Azagra Ledesma, del área básica de salud de Barberá del Vallés, de Barcelona; la doctora Pilar Díaz Torres; el doctor Javier Guerra; don Narciso López González, como representante del Consejo General de Colegios de Oficiales de Farmacia; doña Nieves Martín Sobrinos, Subdirectora General de Ordenación de Asistencia

Farmacéutica, del Ministerio de Sanidad; doña Petra Plaza Rius, del distrito sanitario de Córdoba; el doctor Antonio Pozuelo González, del Hospital «12 de Octubre»; doña Isabel Prieto Hierro, Subdirectora General de Prestaciones y Evaluaciones Tecnológicas Sanitarias del Ministerio de Sanidad.

Estas son las personas expertas que, a su vez, han preguntado a otros expertos, porque lógicamente esto es un grupo de trabajo que, como S. S. sabe, si lo hacemos excesivamente grande sería incapaz de funcionar. Estas son las personas que para los que se mueven en el mundo hospitalario son de reconocido prestigio profesional. Eso no quiere decir que no haya otros en este país —que hay muchos—, pero éstos son los que han colaborado en la elaboración de este documento y son los responsables del mismo, como ellos dicen en la introducción.

No sé si con esto contesto a su pregunta. Contesto a lo que, como dije al principio, soy responsable.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Pero, señora Directora General, usted también es responsable de las especialidades farmacéuticas que se usan en España. **(Rumores.) (Varios señores Diputados piden la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, no tienen la palabra. Iba a añadir una solicitud a la reciente respuesta de la señora Directora General. Le rogaría que hiciera llegar al Ministerio la petición de que envíe a esta Comisión de Sanidad y Consumo el informe de indicadores cualitativos de prescripción de medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo, que tiene fecha de mayo de 1994, para ser distribuido entre sus señorías.

Tiene la palabra la señora Directora General.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gancedo): Este documento aún no se ha distribuido porque no ha pasado por el último pleno de la Comisión de uso racional del Medicamento, que es quien tiene que respaldar que salga a la luz pública. Esa es la tramitación.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Solamente decirle, señora Directora General, que como los medicamentos que desde el Ministerio —y el Insalud es parte del Ministerio— se aconsejan o se desaconsejan (le he enseñado documentos del Insalud), la Dirección General de Farmacia tendrá que decir si el Insalud, que es parte del Ministerio, desaconseja su utilización, por qué están todavía en el mercado.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra, para responder, la señora Directora General.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (González Gan-

cedo): Yo creo que ha quedado muy claro que los medicamentos que están en el mercado cumplen las exigencias de eficacia, calidad y seguridad. He dicho también que no es lo mismo eficacia que efectividad. Es un criterio que habrá que tener en cuenta a la hora de hacer la evaluación de cómo se está haciendo el uso de un medicamento.

Por otra parte, no hay solamente medicamentos de primer nivel, como S. S. sabe. Hay medicamentos de primera, segunda y tercera generación. Por ejemplo, en este documento está la cefalosporina, que es un medicamento de tercera generación, clasificado como medicamento. A por su eficacia y seguridad demostrada en este momento según los conocimientos científicos de que disponemos.

Pero eso no quiere decir que sean medicamentos que han de utilizarse en primera línea, es decir, que no debe ser de elección en atención primaria, salvo en situaciones muy

concretas. Este documento no es una obligación de prescripción, ni muchísimo menos intenta ser eso. Simplemente es un documento que quiere dar una información veraz y eficaz de los medicamentos. La libertad de prescripción por supuesto va a tenerla el prescriptor y eso nadie lo va a poner en duda, porque es su obligación hacer un buen diagnóstico del paciente y hacer un buen tratamiento usando todo aquello de que disponemos en este momento.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cumplimentado el orden del día previsto para el día de hoy, se levanta la sesión.

**Era la una y veinticinco minutos de la tarde.**

**Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID**

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**