



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 367

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 18 (extraordinaria)

celebrada el miércoles, 28 de enero de 1998

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría), para informar de los términos en los que se suscribe el nuevo Acuerdo de colaboración entre la Administración Pública Sanitaria y Farmaindustria. A petición propia (Número de expediente 214/000063).

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

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos.

En primer lugar, quiero comunicar a los miembros de la Comisión la sustitución producida en cuanto al asesor letrado de la misma. Don Pedro Peña ha cesado como letrado de la Comisión y le sustituye don Ignacio Astarloa,

que creo que es de todos conocido que fue secretario general de la Cámara, letrado mayor de esta casa, y que a petición propia quiere compartir con nosotros las tareas de la Comisión de Sanidad y Consumo. Le doy la bienvenida y le deseo una grata estancia durante el período de sesiones que se inicia con los miembros de la Comisión.

Y, cómo no, también doy la bienvenida al señor ministro de Sanidad y Consumo, que comparece hoy a petición propia ante esta Comisión para informar de los términos en

los que se suscribe el nuevo acuerdo de colaboración entre la Administración pública sanitaria y Farmaindustria.

Esta comparecencia, como conocen SS. SS. por el Reglamento de la Cámara, es extraordinaria. Estamos en un período que no es el hábil de sesiones y con este carácter extraordinario fue convocada por el Presidente de la Cámara hace unos días.

Una vez más le agradecemos al señor ministro su comparecencia en la Comisión y, sin más preámbulos, le damos la palabra. Cuando quiera, señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señor presidente, señorías, comparezco ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para informar a SS. SS. de los términos en los que se suscribe el nuevo acuerdo de colaboración alcanzado entre la Administración sanitaria pública y Farmaindustria, que nos permitirá lograr el objetivo de ahorro en el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud acordado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en su reunión del día 27 de noviembre de 1997 y que se cifró en 65.000 millones de pesetas. Para ello, el Consejo de Política Fiscal y Financiera consideró que debían introducirse medidas de racionalización del consumo farmacéutico.

El acuerdo suscrito el pasado 22 de enero con Farmaindustria contribuye a lograr esa racionalización del gasto sanitario público y a la máxima eficiencia en la utilización de los recursos económicos asignados al Sistema Nacional de Salud, al tiempo que a alcanzar ese objetivo de ahorro previsto por el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Este acuerdo viene a sustituir el acuerdo marco de 1 de agosto de 1996, que modificaba a su vez el suscrito con fecha de 27 de julio de 1995, estableciendo una diferencia básica con los firmados anteriormente, toda vez que aquéllos preveían una aportación de la industria farmacéutica a la sanidad pública en función del crecimiento del gasto sanitario. Esta vez no se trata de un pacto de crecimiento por el cual la industria farmacéutica devuelve parte de sus beneficios a la sanidad pública, sino de un acuerdo de colaboración económica mediante el cual Farmaindustria se compromete a colaborar con el Sistema Nacional de Salud en la financiación de la asistencia sanitaria pública.

En concreto, el compromiso de cooperación de Farmaindustria, tal y como se prevé en este acuerdo, se traduce en un impacto económico de 39.145 millones de pesetas en 1998, de los que 29.145 millones corresponden a una colaboración económica sobre la base de los beneficios del sector. De esta cantidad se podría deducir el ahorro en precio de venta de laboratorio producido en dicho año por la comercialización de medicamentos genéricos, así como por la exclusión voluntaria de especialidades farmacéuticas previamente financiadas por el Sistema Nacional de Salud, siempre y cuando se alcancen los objetivos económicos previstos en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de noviembre de 1997. Asimismo, 10.000 millones de pesetas se aportarán bien mediante modulaciones selectivas de precios —computadas en términos de PVP incluido IVA— acordadas individual-

mente con cada laboratorio, bien mediante aportaciones de los laboratorios o bien mediante una combinación de ambas, según el criterio que establezca la comisión de seguimiento que se crea para el desarrollo de los aspectos técnicos de este acuerdo.

En el ejercicio de 1999 la aportación total del sector será de 26.000 millones de pesetas, de los que 16.000 millones corresponden a colaboración económica de la industria farmacéutica. Esta cantidad es inferior a la del año 1998, al considerarse ya deducidos de este importe los ahorros producidos por la comercialización de medicamentos genéricos, por la aplicación de precios de referencia y por la exclusión voluntaria de especialidades farmacéuticas, así como por impacto de la lista negativa durante todo el año. Otros 10.000 millones de pesetas se aportarán mediante las modulaciones de precios realizadas en 1998, por las que se realicen en 1999, por las aportaciones en este año de los laboratorios o mediante una combinación de todas ellas. Esta modulación de precios se acordará específicamente con cada laboratorio afectado, y en cualquier caso no afectará a la cantidad total que en cada año aportará el sector industrial farmacéutico. Además, en la línea especial de colaboración de la industria farmacéutica se mantendrá la reducción de precios del 3 por ciento en promedio que se acordó en noviembre de 1993.

En principio, en el texto alcanzado se prevé que el acuerdo marco tenga una vigencia de dos años, es decir, desde el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre de 1999, aunque ambas partes consideran deseable su prórroga al menos por un período adicional de otros dos años, obligándose en este caso ambas partes a actualizar las condiciones económicas establecidas.

Como se ha señalado, este acuerdo prevé la constitución de una comisión de seguimiento, integrada paritariamente por miembros de la industria farmacéutica y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y entre sus funciones se incluyen, junto a la interpretación del acuerdo o la resolución de cuantas cuestiones surjan del mismo, la distribución de la aportación entre la industria farmacéutica, así como la forma y plazos de pago. Asimismo, esta comisión de seguimiento asumirá las funciones atribuidas a la comisión creada para la aplicación del acuerdo marco de 1 de agosto de 1996, y muy especialmente la liquidación al 31 de diciembre de 1997 de las aportaciones que correspondan en base al acuerdo anteriormente vigente.

En el contexto de este acuerdo marco ambas partes, es decir, la Administración sanitaria pública y la industria farmacéutica, han manifestado la necesidad de prestar apoyo a la investigación, en especial en lo referente a los nuevos medicamentos que presenten un importante progreso terapéutico; adoptar medidas para que las pequeñas y medianas empresas tengan mayor acceso a la investigación y desarrollo, con objeto de mejorar su potencial para hallar espacios de innovación, sobre todo en el ámbito tecnológico; contemplar una política de registro y otra específica de genéricos que incrementen su participación en el mercado y atiendan al respeto de los legítimos intereses de la propiedad industrial. El Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del ámbito de sus competencias, propondrá que los por-

centajes de incrementos de precios para las especialidades farmacéuticas no financiadas con cargo a fondos públicos, previstos en la Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, estén en relación y coadyuven, especialmente en el primer año, con el esfuerzo que realiza la industria farmacéutica por las medidas contempladas en el acuerdo.

Las administraciones sanitarias, con la colaboración de Farmaindustria en aquellos temas que le conciernen, establecerán un sistema de información sobre el suministro de medicamentos a los hospitales del Sistema Nacional de Salud que permita conocer las adquisiciones, al objeto de agilizar y normalizar los períodos de pago de forma compatible con la planificación económica e industrial de las empresas farmacéuticas. Por los órganos competentes del Sistema Nacional de Salud se llevarán a cabo las actuaciones oportunas para que, dentro de su ámbito, las prescripciones de especialidades farmacéuticas excluidas de financiación pública se puedan realizar en recetas del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con el procedimiento ya existente elaborado en 1993.

En definitiva, el acuerdo marco suscrito con la industria farmacéutica, y para el que los diversos laboratorios disponen de un plazo de veinte días para adherirse, supone un importante instrumento para lograr el objetivo de ahorro en el gasto farmacéutico público, que repercute en la consolidación económica del Sistema Nacional de Salud. Además, y en relación a los acuerdos anteriormente suscritos, presenta las siguientes ventajas: establece una importante colaboración económica del sector farmacéutico no vinculada al crecimiento del gasto farmacéutico, lo que supone un elemento de estabilidad presupuestaria. En el ejercicio de 1998 representa un incremento neto de 29.900 millones de pesetas en la aportación de Farmaindustria; en el ejercicio de 1999, la menor aportación quedará compensada como consecuencia del mayor desarrollo de la política de genéricos y de los precios de referencia, así como por el efecto durante todo el año de la nueva lista negativa de medicamentos. El contexto del acuerdo supone una apuesta decidida entre la Administración sanitaria pública y el sector industrial para que se desarrollen en nuestro país nuevos proyectos de investigación de alto valor añadido al potenciarse el desarrollo tecnológico del sector y la investigación de productos que supongan innovaciones terapéuticas.

La introducción de una política de registro de productos farmacéuticos que contemple de forma específica los medicamentos genéricos, permite atender a los legítimos intereses de la propiedad industrial, al tiempo que potencia el registro de este tipo de productos, favoreciendo su utilización en el Sistema Nacional de Salud y generando un ahorro en el gasto público en base al menor coste de los mismos. El acuerdo alcanzado permite crear un marco de estabilidad económica, tanto para el sector sanitario público como para el conjunto de la Administración, compatible con los principios de convergencia de Maastricht.

En resumen, éstos son el contenido y el alcance del acuerdo marco suscrito el pasado 23 de enero con Farmaindustria y que, junto al resto de las medidas previstas

—la exclusión de fármacos de la financiación pública y la progresiva implantación de genéricos—, nos permiten alcanzar el objetivo de ahorro de 65.000 millones previsto en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y lo que es más importante, poder disponer de un cuantioso volumen adicional de recursos para la financiación de la asistencia sanitaria pública.

Sobre la exclusión de medicamentos de la financiación del Sistema Nacional de Salud, puedo decir que va a afectar a medicamentos con limitada utilidad terapéutica, así como a otros productos utilizados en síntomas y síndromes menores. Se tratará de una lista equilibrada, en la que estarán presentes como factor esencial las necesidades de los pacientes. Los productos incluidos en la lista serán, sobre todo, especialidades farmacéuticas de precio medio-bajo, y algunas de ellas se comercializan con idéntica composición como especialidades farmacéuticas publicitarias, especialmente en el caso de productos destinados a síntomas o síndromes menores.

En cuanto a los medicamentos de limitada utilidad terapéutica, tanto el Insalud como algunas comunidades autónomas con competencias en asistencia sanitaria están ya desaconsejando su prescripción a los facultativos, y además están dejando de incluirse en los protocolos terapéuticos que se elaboran por los profesionales sanitarios para atención primaria. Sin embargo, estos medicamentos tienen la garantía de calidad, seguridad y eficacia que les confiere el registro, por lo que pueden permanecer en el mercado.

Con estas premisas se puede garantizar que la calidad asistencial que se proporciona a los ciudadanos no se va a ver afectada en ningún caso y que de ninguna manera se actúa en contra de los pacientes. Al destinarse el ahorro de estos medicamentos a financiar la asistencia sanitaria, se está promoviendo la mejora de la atención al paciente y de la asistencia sanitaria en su conjunto.

En cuanto al respaldo legal existente, no hay duda de que la Ley del Medicamento, en su artículo 94, contempla de forma explícita, entre los criterios a tener en cuenta para la financiación pública de los medicamentos, la utilidad terapéutica y social de los mismos, así como la limitación en el gasto público destinado a prestación farmacéutica.

Los servicios técnicos del departamento están ultimando sus trabajos en relación con esta lista negativa. Confiamos en que la tramitación del correspondiente real decreto pueda iniciarse o a finales de esta misma semana o a principios de la próxima, y esa tramitación implicará la audiencia de todos los sectores afectados y de órganos con competencia técnica acreditada, en garantía del acierto de la resolución que en su momento se dicta.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN:** Señor presidente, permítame que, en primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, dé la más cordial bienvenida al letrado, señor Astarloa, a esta Comisión y le felicite por haberla escogido, porque es bien sabido que, entre las cosas

que se hacen en este Congreso, las que realiza la Comisión de Sanidad son de las más interesantes.

Señor ministro, le agradezco su comparecencia, pero necesariamente tengo que hacer algún comentario previo sobre el hecho de que se presente y se celebre esta comparecencia a petición propia del Gobierno. Creo, señor ministro, que la reiteración en estos hábitos que su Gobierno ha adoptado, estas supuestas habilidades que consisten en sumarse a la carrerilla a peticiones de grupos de la oposición para poder decir en un día como hoy que comparece a petición propia, son poco serias, y además permítame que le diga que yo lo lamento especialmente en un ministro como usted, cuyos comportamientos y modales es conocido que, en el ámbito privado, son exquisitos y, por tanto, me gustaría que se tradujeran a los comportamientos públicos. No me parece de recibo que usted comparezca a petición propia igual que va a comparecer, por lo visto, el señor Cardenal. La verdad es que es una voluntariedad en la comparecencia que nadie se cree.

El itinerario que me parece necesario recordar para explicar por qué es importante esta mención es el siguiente. El día 30 de diciembre tuvimos todos los ciudadanos la primera noticia, a través de los medios de comunicación, de un preacuerdo alcanzado por Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que iba a ser completado y firmado en los primeros días de enero. De manera que tenemos esa noticia en una fecha tan señalada como la del último día del año, pero el Gobierno es aficionado también a dar noticias en esas épocas; el Gobierno del Partido Popular no descansa ni en agosto ni en navidades ni en fin de año, por lo que nos hace estar alerta a los miembros de la oposición, lo cual, señor ministro, supone un reproche, porque nos dejan descansar poco. Lo cierto, insisto, es que tenemos noticia de que hay ese acuerdo, que es muy importante, y el Grupo Parlamentario Socialista, señor ministro, presenta en esta Cámara una petición de comparecencia el día 9 de enero, después de los Reyes Magos. El día 9 de enero entra esa petición del Grupo Parlamentario Socialista, en la que razonamos la necesidad de conocer las negociaciones que está llevando a cabo el Gobierno con Farmaindustria, porque, según las noticias que se hacen públicas en ese momento y por manifestaciones de los representantes de Farmaindustria, se estaba valorando la modificación en la aportación de los usuarios; se estaba diciendo explícitamente que los medicamentos iban a costar más; se estaba diciendo que no se podía desvincular la condición de paciente de la de contribuyente en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y S. S. comprenderá que estas cosas, dichas por un altísimo responsable de Farmaindustria, indujeron a una cierta preocupación, me parece que razonable y sensata y, por tanto, fundamentábamos nuestra petición en la medida en que si los derechos de los pacientes en relación a la prestación farmacéutica se iban a ver afectados por esos acuerdos, parecía razonable pedir al Gobierno que informara sobre el contenido de esas negociaciones en la Cámara.

Lo cierto es que el 14 de enero, como le digo, señor ministro, en esas supuestas habilidades de alguien que considera que no se nota que el Gobierno se suma a toda veloci-

dad a las peticiones hechas por otros grupos, presenta una petición y el día 14 entra en esta Cámara una solicitud del Gobierno para informar sobre los acuerdos con Farmaindustria. Sin embargo, la Diputación Permanente, convocada para el día 20 de enero, analiza la petición del Grupo Socialista, y el Grupo Parlamentario Popular y los grupos que apoyan al Gobierno no consideran relevante que esa información se produzca antes de proceder a su firma, que es lo que consideraba relevante mi grupo parlamentario, de manera que perdimos la votación de esa solicitud de comparecencia (no pedíamos nada más, señor ministro, que la información y la comparecencia) y no se ha celebrado antes de la firma, y ahora, una vez firmado, una vez decidido, una vez establecidos esos acuerdos, comparece el Gobierno a petición propia y quiero, en primer lugar, expresar nuestra discrepancia con esa forma de proceder. El Gobierno puede, como es obvio y evidente, aceptar o no la comparecencia, pero no aceptarla y además pretender quedar bien porque comparece a petición propia y, como dijo el portavoz de su grupo parlamentario, en un tiempo récord, no me parece, señor ministro, que sea un planteamiento serio. Lo cierto es que comparece hoy S. S. y nos informa sobre un acuerdo que tampoco hemos conocido en su literalidad, no tenemos el texto de ese acuerdo y, habida cuenta de que ya está firmado y consumado, hubiéramos agradecido que el Gobierno nos lo hubiera hecho llegar antes de esta comparecencia.

No conocemos, repito, el texto del acuerdo, señor ministro, más que de las explicaciones que S. S. ha tenido la amabilidad de dar ahora, y no conocemos la lista de los medicamentos que se van a excluir de la financiación pública, que como usted comprenderá es la cuestión clave en la preocupación sobre cómo se va a traducir eso para los pacientes. Porque, señor ministro, en el Grupo Socialista, que tiene la suerte de poder decir hoy lo mismo que decía ayer, hace un año o hace tres en cuanto a política de uso racional del medicamento (también en otras cosas, pero desde luego en esto), seguimos pensando que hay que racionalizar el uso de los medicamentos, que es imprescindible seguir acometiendo una política de uso racional de los medicamentos, pero es clara la distinción entre hacer una política de uso racional del medicamento en la que la autoridad sanitaria asume la responsabilidad de explicar a los pacientes que se dejan de financiar unos medicamentos porque no son necesarios ni relevantes para la salud, y lo que ha hecho el Gobierno, señor ministro: hacer las cuentas, tomar la decisión de reducir el gasto farmacéutico público en una cifra determinada (65.000 millones), acotar qué parte de esa cifra se repercute en la industria farmacéutica, y con lo que queda no sabemos bien qué va a pasar, pero se nos dice que va a haber una lista y, señor ministro, créame que no se nos alcanzan las razones para que esa lista sea el secreto mejor guardado del Ministerio de Sanidad y Consumo en los últimos meses. Esa lista no la conocen los especialistas, no la conocen los expertos, según dicen públicamente; no se ha convocado a los órganos colegiados que tienen la autoridad científica en esa materia, como la Comisión de uso racional o la Comisión nacional de evaluación de los medicamentos, y cada vez que

aparece un listado de medicamentos se desmiente inmediatamente.

De manera que, en un asunto tan sensible como éste, en el que la perspectiva de reducción de 260.000 millones en medicamentos en cuatro años, que es una cifra importantísima, lógicamente ha alertado a todo el que tiene que ver con esa cuestión, que por cierto somos todos, parece que el conocimiento de esa lista era un elemento fundamental para disipar los temores de que no estamos ante una política de uso racional, sino ante un recorte de gasto farmacéutico que o bien va a ir a déficit, a desviación, o bien va a ser pagado por los pacientes. Porque fíjese, señor ministro, que cuando se hace hincapié y se presenta como un logro de la industria que se van a poder seguir recetando en el sistema público, por los médicos del sistema público, en una receta especial, estos medicamentos que se van a excluir, sin haber mediado una sola consideración en torno al uso racional del medicamento, en torno a la relevancia para la salud de los grupos terapéuticos que se está pensando en excluir, entonces cunde el temor, señor ministro, de que todo va seguir igual, sólo que hay medicamentos que se van a recetar en el sistema público, con la autoridad del sistema público, pero financiados al cien por cien por el paciente, y ése es un temor, señor ministro, que nosotros teníamos interés en despejar.

Quiero decirle, porque la verdad es que el desarrollo del debate político cada vez pierde más sutileza o más rigor, que desde el día 30 de diciembre en que tuvimos la primera noticia hasta que se celebró la Diputación Permanente —y ha transcurrido casi un mes— el Grupo Socialista no ha hecho ninguna manifestación demagógica ni ha agitado ningún espantajo, lo único que hizo fue pedir información, expresando el compromiso de que este grupo político iba a apoyar una política de uso racional del medicamento; pero para poder apoyar algo hay que conocerlo, señor ministro, porque si no es así, en lugar de ser un acto de responsabilidad se convierte en un acto de complicidad con determinadas políticas, lo que desde nuestro punto de vista no tendría ninguna justificación. Por tanto, creemos que es lamentable que esa lista se mantenga secreta, abonando toda la preocupación que hoy sentimos.

Deberíamos de ser capaces entre todos, señor ministro, de aclarar el gasto farmacéutico, porque a mí me produce un cierto rubor que no seamos capaces de ponernos de acuerdo en las cifras. Las cifras son tercas y son explícitas. Yo quiero pedirle con toda seriedad que esta afición del Gobierno por la propaganda en esta materia se limite un poco, señor ministro. Si el gasto farmacéutico se ha contenido, al Grupo Socialista es el primero en felicitarle. Es más, en alguna intervención pública, esta portavoz ha llegado a decir que con la reducción del crecimiento del gasto que S. S. había conseguido el resto del Gobierno y su grupo político deberían haberle condecorado en lugar de haberle exigido una reducción adicional de 260.000 millones, porque realmente es muy importante haber conseguido reducir el crecimiento del gasto farmacéutico. Pero fíjese, señor ministro, que aquí nos pasa lo mismo que con el presupuesto. El modelo de financiación que se

ha aprobado con el presupuesto resulta que tiene una dotación para la sanidad superior a la que tendría con el modelo anterior, y eso que es un planteamiento muy positivo se ensombrece, en nuestra opinión, con ese frenesí que se ha puesto en hablar de unas cifras que no se corresponden con la realidad: donde son dos multiplicar por tres, haciendo esos planteamientos triunfalistas que naturalmente duran poco, señor ministro, por eso que le decía, porque las cifras son tercas. Fíjese que este ejemplar de *El Gobierno informa*, que ustedes han dedicado al acuerdo de sanidad con Farmaindustria, dice al iniciar el segundo párrafo: El acuerdo recoge que ambas partes son conscientes de las actuales limitaciones presupuestarias. ¿Qué limitaciones, señor ministro, si éste es el mejor presupuesto de la historia, si nunca la sanidad ha tenido un presupuesto como éste, si es la prioridad absoluta del Gobierno, si crecía 400.000 millones, si es el gasto público que más crece? ¿A qué limitaciones presupuestarias se refiere, señor ministro?

Por eso le pido —y lo hago, créame, con la expectativa de que atienda nuestra petición— que clarifiquemos las cifras. Porque, según los datos oficiales que obran en nuestro poder y que maneja todo el mundo, comparando el gasto farmacéutico, señor ministro, del año 1995 con el del año 1997, el Sistema Nacional de Salud ha experimentado un crecimiento del 19,3 por ciento en los años 1996 y 1997. Éste es un dato que me gustaría que usted confirmara para ponernos de acuerdo, por respeto a quien sigue estos debates, al menos en las cifras, señor ministro. Cada uno es responsable de las valoraciones que hace luego y de las conclusiones que extrae, pero me parece —como le digo— poco justificable que el debate político sanitario se base en una divergencia hasta en las cifras, cuando además sólo las maneja el Gobierno, porque mi grupo no tiene ninguna posibilidad de obtener las cifras del gasto farmacéutico ni de las listas de espera. Naturalmente, no vamos a hacer lo que se le hacía al Gobierno socialista, que cada vez que daba una cifra se le decía: ésa no es. Mi grupo no tiene los datos, las cifras, por creación propia; maneja las cifras oficiales, y según esas cifras oficiales, señor ministro, de los 717.000 millones, en números redondos, del año 1995 de gasto farmacéutico a los 856.000 millones que acaba de corroborar S. S. en un acto público recientemente hay un crecimiento del 19,3 por ciento. Eso en primer lugar.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, voy a tratar de acortar mi intervención, pero permítame que esta comparecencia tenga alguna utilidad, porque si nos quedamos sólo en la foto, va a ser lamentable. En todo caso, señor presidente, descuide que voy a tratar de abreviar todo lo posible.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, usted sabe que esta Presidencia es muy generosa —lleva consumido ya el doble del tiempo reglamentario— y no tiene incon-

veniente en seguir aceptando su debate, pero le pido comprensión y concisión.

La señora **AMADOR MILLÁN**: La tiene, señor presidente, y espero que en el año nuevo la Presidencia siga siendo igual de generosa y yo igual de disciplinada, o sea que voy a abreviar.

La página 61, señor ministro, del Plan estratégico hecho por ustedes contiene un cuadro que explica cómo en el año 1995 el peso del gasto farmacéutico en el gasto del Insalud era del 19,9 por ciento y el siguiente escalón ha pasado a ser el 22,1 por ciento. Es decir, se compadecen mal esas reducciones que se nos dicen del 4 o del 2 por ciento con este incremento en el peso del gasto farmacéutico en el total, y le pido expresamente y con todo rigor —por tanto, no en este momento— que facilite a la Cámara los datos oficiales del consumo del gasto farmacéutico de todo el sistema y, en consecuencia, de todos los servicios de salud y del Insalud.

Siendo esto así, señor ministro, tampoco comprendemos la presentación de las cifras. Hasta ahora los resultados del crecimiento del año 1997, que son positivos porque se ha reducido, han sido posibles gracias a distintas medidas que usted ha venido explicándonos a lo largo del año. Entre otras, y de manera muy importante, la contribución de la industria farmacéutica. En virtud de ese acuerdo de retorno de beneficios de pacto de crecimiento que usted nos decía, la industria farmacéutica venía aportando una cantidad. Al debatir este nuevo acuerdo, la industria farmacéutica ha explicado que duplica su aportación y que va a aportar 15.000 millones para esta cantidad adicional. Si la va a duplicar, eso significa que venía aportando 15.000 millones y, por tanto, en esa cifra que se nos da de gasto farmacéutico del año 1997 hay 15.000 millones, según dice la industria farmacéutica, aportados ya. Sobre esta cantidad de gasto del año 1997 el Gobierno decide recortar 65.000 millones. Si la industria farmacéutica duplica su aportación, quiere decir que para este recorte adicional aporta 15.000 millones, no 30.000, señor ministro. Las cuentas se pueden hacer, como le digo, con habilidad —entre comillas—, pero no salen. Si ustedes nos dicen que la industria va a aportar 30.000 millones porque es un pacto nuevo y partimos de la nada, entonces tiene que aumentar el gasto farmacéutico que ha dado en 1997 en 15.000 millones más; en caso contrario, señor ministro, cuenta dos veces la misma aportación. Y esto, que no es una manía de discutir, es relevante porque no es lo mismo que de los 65.000 millones ya sepamos de dónde salen 30.000 millones a que de los 65.000 millones sólo sepamos de dónde salen 15.000 millones, porque quedan otros 50.000 millones, señor ministro, que o salen de esa lista negativa o van a desviación. Y 50.000 millones adicionales por cuatro años son 200.000 millones, y 200.000 millones de exclusión de medicamentos en una política de uso racional empieza a ser una cifra muy importante. Eso es lo que queremos saber, señor ministro, y eso es lo que necesitamos aclarar con usted.

No entendemos, señor ministro, que se haya impuesto un modelo financiero para la sanidad para cuatro años con-

tra viento y marea y se haya desestimado la petición que el Grupo Socialista hizo al Pleno en una proposición pidiendo que la vigencia fuera de un año, puesto que hay discordancias, hay desacuerdos, señor ministro. El modelo de financiación no es pacífico ya que hay dos comunidades autónomas que lo han impugnado, como ya saben; hay discrepancias, hay desacuerdos, hay preocupación sobre el acuerdo de financiación de la sanidad. Ustedes no han sido sensibles a esa petición, han impuesto cuatro años ese modelo para todos los sectores del mundo sanitario, para las comunidades autónomas, los servicios de salud, los profesionales, los proveedores, para todo el mundo excepto para la industria farmacéutica, con lo que se firma un acuerdo por dos años que se va a renegociar dentro de otros dos, y si el marco de la financiación, señor ministro, está cerrado para cuatro años, ¿qué elementos de negociación va a haber encima de la mesa dentro de dos años? ¿Por qué esa excepción para la industria farmacéutica?

Señor ministro, no creemos que el gasto farmacéutico haya evolucionado como se presenta, no creemos que la aportación de la industria sea la que se presenta y no entendemos el secretismo en la explicación de esa lista, que hubiera sido muy bueno que hubiera sido transparente; no entendemos que no compartan ustedes esto tan difícil que es explicar a la opinión pública lo que es el uso racional del medicamento y por qué en España hay que reducir la financiación pública de algunos medicamentos que no está justificada por razones de salud; no entendemos por qué han rechazado ustedes un apoyo que ya hubiéramos querido otros desde las filas de la oposición para hacer una política sería en esta materia. Cuando no se entienden tantas cosas, señor ministro, es que las cosas no son como parece, y por eso, además de parecer que se hace lo que no se hace, que es facilitar información a esta Cámara, nos hubiera gustado que la hubieran facilitado a tiempo. Como eso ya no es así, tengo que expresar el reproche de mi grupo y además las peticiones que a lo largo de mi intervención le he formulado y que le ruego tenga en consideración, esto es, la remisión del texto del acuerdo, la remisión de los datos oficiales de consumo farmacéutico, la remisión de cuantos datos clarifiquen que no estamos ante un nuevo recorte en una prestación social sino que las cosas son como ustedes explican que son, porque hasta ahora créame, señor ministro, que no hay forma de entenderlo así.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Amador, si nos piden cosas imposibles o en momentos procesales inadecuados —usted, que es una jurista de reconocida valía, entiende estas cosas—, es muy difícil que pueda haber una respuesta positiva, y luego nos acusan ustedes de reticencia a comparecer para dar información.

El 31 de diciembre había un principio de acuerdo, como dijimos, que tenía que materializarse y concretarse, y era de todo punto inoportuno anticipar cuestiones que estaban todavía sin cerrar, no tenía sentido informar de algo sobre

lo que se estaba negociando. No creo que haya precedentes de que negociaciones de esta naturaleza hayan venido al Parlamento en el momento de la negociación y de la gestión. Se hacen también grandes reproches sobre el secretismo de la lista. No hay ningún secretismo en la lista, la lista se tiene que tramitar, está trabajándose sobre ella, no está todavía cerrada, no se ha iniciado la tramitación. Naturalmente, en cuanto se inicie la tramitación, tendrá toda la publicidad que tienen que tener estas cosas e intervendrán todos los órganos que tienen que intervenir en esa fase de tramitación, pero no se ha iniciado la tramitación y, por tanto, no tiene sentido la acusación de secretismo, de falta de transparencia de falta de audiencia de órganos competentes que acrediten el acierto de la resolución. Nosotros venimos aquí a explicar lo que podemos explicar en este momento, y explicamos, como ya he dicho, los criterios que inspiran la elaboración de esa lista, pero no hay secretismo que valga. Hay respeto a unos trámites procedimentales y a unas normas con las que tenemos que funcionar todos.

Señora Amador, yo comprendo su preocupación por el uso racional del medicamento, y no quiero discutir ni negar que ustedes se habrán esforzado durante su gestión de Gobierno para mejorar este sector y avanzar en este ámbito. Lo cierto es que, a pesar de sus esfuerzos y de los nuestros, que en poco tiempo han permitido resultados nada despreciables en este asunto, y por encima de todas las cifras y datos que se manejen, es absolutamente innegable que el crecimiento del año 1997 del gasto farmacéutico del Insalud ha sido del 4,62 por ciento, y que eso se compara con ventaja no recuerdo si es con el 57 ó 56 por ciento del año pasado en términos homogéneos, comparando lo que hay que comparar, y eso es un avance desde luego desconocido en años anteriores, pero que es insuficiente. Todavía tendríamos que aspirar a más en este campo, porque todavía estamos en gasto farmacéutico por encima de las medias europeas. Cuando se plantean las necesidades de la financiación de la sanidad con esos presupuestos y acuerdos a los que usted se refería, naturalmente que hay limitaciones presupuestarias, claro que hay limitaciones presupuestarias, a pesar de que el presupuesto de la sanidad ha aumentado del orden de los 200.000 millones anuales sobre el modelo anterior. Las limitaciones presupuestarias son las que impiden, por una parte, que sea Hacienda la que ponga esos 200.000 millones. Hacienda hace un esfuerzo extraordinario en la financiación del Sistema Nacional de Salud, poniendo 140.000 millones más de los que se venían poniendo para esta finalidad, pero naturalmente es responsabilidad de todos, del Gobierno y de los servicios sanitarios, racionalizar el gasto y priorizar sus necesidades, y en ese contexto, ante la necesidad de que los presupuestos de la sanidad dispongan de 200.000 millones más al año para atender las necesidades prioritarias, es en el que se contempla la necesidad de reducir el gasto farmacéutico para poder dedicar los ahorros en esa partida a atender otras necesidades. Los estudios de financiación de todas las comunidades autónomas que prestan esos servicios y del propio Gobierno central revelaban que era imprescindible disponer de 200.000 millones adicionales

para mejorar los servicios sanitarios, y había una posibilidad de obtener una parte de esos recursos ahorrando en la prescripción farmacéutica. Éste es el sentido de una medida que es perfectamente compatible con que el Gobierno hace un enorme esfuerzo por mejorar la financiación de la sanidad, pero, naturalmente, también con el hecho de que limitaciones presupuestarias existen siempre y la necesidad de racionalizar el gasto sanitario y aplicar los recursos a las necesidades prioritarias es también evidente.

De modo que nosotros compareceremos en el momento oportuno. No tendremos inconveniente en explicar los acuerdos una vez que se produzcan, que es cuando realmente hay que dar cuenta de ellos a la Cámara. De la lista explicamos en este momento los criterios que están inspirando su confección, y naturalmente tendrá toda la publicidad que tiene que tener; se informará a la Cámara y a quien corresponda en los momentos procedimentales oportunos sin ninguna pretensión de secretismo ni de nada que lo parezca.

¿Los médicos van a poder recetar estos medicamentos? Sí, ésta era una situación con la que nos encontramos. Cuando se tomó una medida análoga a ésta en el año 1993 se vio que podían seguirse dispensando estos medicamentos a través del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de que hubieran perdido la financiación pública. Nos pareció que era una posibilidad que debíamos respetar, no innovamos en esa cuestión, respetamos la situación que había y queda la posibilidad, si médicos y pacientes entienden que deben seguir utilizando estos medicamentos, de que lo puedan hacer bajo su responsabilidad y por su cuenta. En esa cuestión nos hemos limitado a respetar una situación con la que nos encontramos y que nos pareció razonable.

Y me hubiera gustado que hubiera más genéricos en el mercado cuando llegamos a asumir estas responsabilidades; estamos estimulando la aparición de los genéricos, hemos creado las condiciones para que esto pudiera ocurrir, y con la aportación de la industria, la lista negativa y el aumento de genéricos vamos a conseguir ese ahorro adicional de 65.000 millones, que resulta del acuerdo de política fiscal y financiera. Tenemos que conseguirlo, ése es el objetivo y serán 65.000 millones adicionales sobre la situación anterior; el gasto farmacéutico debe tener esa reducción de 65.000 millones adicionales sobre la situación anterior y, por lo tanto, ése es el compromiso, el objetivo y el sentido que tiene este acuerdo y es lo que estamos haciendo.

El acuerdo de financiación es por cuatro años, se alcanzó en tiempo oportuno y no con meses y meses de retraso, como en ocasiones anteriores; se alcanzó en tiempo oportuno e informamos también en tiempo oportuno. Tiene el apoyo de todas las comunidades autónomas que gestionan servicios sanitarios y, naturalmente, de los órganos correspondientes de la Administración central, tiene todos los apoyos necesarios para que se pueda llevar a cabo como un excelente acuerdo para la financiación del Sistema Nacional de Salud, que contrasta desgraciadamente con las insuficiencias crónicas que arrastraban los modelos de financiación anteriores. Ésos son datos que están ahí y que creo que son indiscutibles. Por primera vez se

afronta con rigor y ambición la financiación de un servicio tan importante como es el servicio nacional de salud, mediante un acuerdo de duración normal de cuatro años. Este acuerdo con Farmaindustria tiene una vigencia inicial de dos años prorrogables, y a las dos partes nos ha parecido prudente tomarnos una reflexión al término de la primera parte del acuerdo para ver cómo estaba funcionando, sin más objetivo por nuestra parte que ver si esto que estábamos haciendo iba a servir eficazmente para conseguir el objetivo final de esta operación, que es el ahorro en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y poder garantizar la financiación del sistema con una fórmula que, tal como se instrumenta, es la que consideramos mejor para los planes del sistema, para la industria farmacéutica y para la calidad de la asistencia que damos, objetivo que, en todo caso, tenemos que preservar.

Naturalmente, estamos dispuestos a proporcionar cualquier información que necesite S. S. si se nos pide por los cauces normales y reglamentarios. Todo está a disposición de esta Cámara porque no pretendemos ocultar nada que deba ser conocido por la Cámara y, por lo tanto, con mucho gusto ofreceremos cualquier información que se nos solicite. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, le ruego en este segundo turno, que es excepcional, concisión al formular alguna pregunta o aclaración que no haya sido contestada por el señor ministro, pero en ningún caso podrá reabrir el debate.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Intervendré muy brevemente, señor presidente, pero me gustaría tener la oportunidad de expresar cuál es nuestra posición respecto a alguno de los extremos que el señor ministro acaba de contestar.

Señor ministro, no creo que la petición de comparecencia fuera inoportuna si tenemos en cuenta las manifestaciones que he recogido, difundidas públicamente por responsables de Farmaindustria, en el sentido de que los medicamentos a partir de ahora van a costar más y que el contribuyente tiene que pagar porque además de paciente es contribuyente del Impuesto sobre la Renta. Parece que a S. S. eso no le suscita ninguna preocupación ni petición de aclaración ni perplejidad, pero a nosotros sí nos la suscitó. Señor ministro, si no se ha hecho la lista, ¿cómo es posible haber llegado a la cifra? ¿Por qué se ha decidido una cifra de recorte de gasto farmacéutico de 260.000 millones sin valorar qué tipo de medicamentos están en condiciones de ser excluidos de la financiación pública porque no van a lesionar la atención de la salud de los pacientes? O existe la lista y suma algo, o la cantidad se ha decidido en otros ámbitos, a espaldas de las necesidades de salud de los pacientes, y ése es el reproche.

Señor ministro, según nuestras cifras, el gasto farmacéutico en el Insalud ha crecido un 6,9 por ciento en el año 1997 y, por tanto (y haremos la petición por escrito, porque entiendo que nos lo pide por escrito y no basta con que yo se lo formule aquí), le ruego que haga el desglose del crecimiento del gasto farmacéutico porque nos parece rele-

vante. Desde luego, desde el año 1995 hasta ahora ha crecido el 19,3 por ciento. Por tanto, estamos de acuerdo con las medidas de reducción, pero según cómo se hagan. El presupuesto, señor ministro, ha crecido sobre el modelo anterior en 52.000 millones; la cifra es muy fácil de conseguir porque resulta de lo que se aprobó inicialmente en el Congreso más los 83.000 millones aprobados en el Senado a través de una enmienda presentada por el Grupo Popular, y todo eso suma 52.000 millones más que el simple crecimiento del PIB. Espero que tengamos oportunidad de clarificar cómo se hacen las cuentas. Hablo de crecimiento, no de redistribución interna, porque si ustedes consiguen reducir el gasto farmacéutico en 65.000 millones, se tratará de una redistribución interna y no de una financiación adicional; a menos, señor ministro, que eso lo pague el paciente, en cuyo caso va a haber financiación adicional pero privada. Si no es así, como usted dice, no hay financiación adicional por esa vía y lo que hay de más para sanidad son 52.000 millones.

Señor ministro, ¿qué es eso de que los pacientes van a decidir por su cuenta qué medicamentos se toman y se recetan en esas recetas que dice usted que ya estaban? Le voy a pedir información de cuántas de esas recetas se han utilizado en los últimos cuatro años. ¿Qué es eso de que los pacientes, de acuerdo con el médico, van a decidir por su cuenta? Señor ministro, los pacientes, que somos casi todos, no sabemos de utilidad terapéutica de los medicamentos; lo que sabemos es que si un médico del sistema público nos da una receta con un medicamento debemos tomarlo. Se producirá entonces el efecto de que quien pueda pagarlo se lo tomará y quien no pueda, no, si eso no va precedido de esa explicación, que es difícil y que no puede hacer sólo el Gobierno para que sea suficientemente eficaz, de la utilidad terapéutica y la de exclusión de la financiación.

Su señoría dice que lamenta que hubiera pocos genéricos cuando llegó al Gobierno, pero si me lo permite y no lo considera impertinente —pues nada más lejos de mi intención—, espere a salir del Gobierno para ver cuántos medicamentos genéricos deja registrados, porque en el año 1997 había unos objetivos que no parece que se hayan cumplido. Los genéricos los solicitan las industrias y su deseo de que hubiera más genéricos créame que no es sólo suyo, se le ha ocurrido a más responsables sanitarios y no ha sido fácil. Ojalá consiga usted ampliar el mercado de los genéricos, me gustaría que se aplicaran en eso en lugar de reprochar el cupo de genéricos que había anteriormente, que, por otra parte, es público y notorio que era irrelevante y mínimo. Ha pasado año y medio, señor ministro, ¿cuántos genéricos tiene usted y cuánto ha conseguido ampliar esa cuota?

Lamento, señor ministro, que le parezca que el acuerdo de financiación tiene los apoyos necesarios y desprecie usted las discrepancias; por el contrario, a mí me hubiera gustado que hubiera mostrado más sensibilidad. En el anterior acuerdo de financiación, que usted conoce bien porque fue protagonista de él como responsable de la sanidad gallega y recordará que fue satisfactorio para su comunidad, sí hubo esa unanimidad y no sólo de los que gestionaban, sino de todo el mundo. De manera que, de todo lo anterior, hubiera sido bueno mantener ese acuerdo. Yo la-

mento que minimice los desacuerdos de dos comunidades autónomas que lo van a impugnar ante los tribunales, le aseguro que a mí me hubiera gustado evitar eso y lamento que siga usted pensando que no necesita explicarlo ni conseguir esos apoyos.

Por último, señor ministro, si S. S. cree que explicarnos que las partes firmantes del acuerdo se manifiestan sobre la liberalización gradual de precios para las especialidades farmacéuticas no financiadas, o que la prescripción de especialidades excluidas de la financiación pública se va a realizar en recetas del Sistema Nacional de Salud o que la agilización del pago de suministros de medicamentos a hospitales es explicar las entrañas del acuerdo, que es lo que le hemos pedido, lamento decirlo que se equivoca, esto no es explicar el contenido del acuerdo. Las partes se manifiestan sobre esto, pero ¿en qué sentido se manifiestan y cómo? Por ejemplo, ¿cómo se manifiestan las partes en la liberalización de los precios que ya está aprobada en una ley que el Gobierno ha propuesto, que ya ha sido aprobada en la ley de acompañamiento a los presupuestos? No es que las partes se manifiesten, es que ustedes ya han aprobado que los medicamentos no financiados tengan precio libre, con lo cual el paciente va a decidir por su cuenta —dice usted que decide con el médico— los medicamentos que se va a tomar, unos medicamentos financiados al cien por cien por él y con precio libre. Señor ministro, no está claro este acuerdo. No sabemos qué reparto de cargas se hace. No sabemos por qué han cifrado ustedes en 260.000 millones el recorte en gasto farmacéutico. No sabemos cuánto de eso va a ir a la lista negativa. No sabemos con qué criterios se está haciendo esa lista negativa. No sabemos a qué esperan ustedes para convocar a los estamentos científicos para empezar a dar esas explicaciones.

Lamentamos que una vez más, cada vez que se pregunta, parezca que ustedes han continuado con lo que ya estaba y todo estaba así, todo estaba vigente; pero no debe ser tan claro cuando no entendemos tal cúmulo de cosas.

Muchas gracias, señor presidente, por su generosidad.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Amador, no tengo el dato del crecimiento del gasto del año 1995 hasta ahora y no puedo darlo; lo que sí tengo, lo recuerdo muy bien, es el crecimiento del Insalud del año 1997 que ha sido del 4,62 por ciento y que se compara con ventaja con el 11,56 u 11, 57 del año anterior. Ésa es una evolución muy significativa que tiene que ver con la reducción de los márgenes de los farmacéuticos y de los almacenistas de farmacia que acordamos en 1997; tiene que ver con las mayores aportaciones de la industria farmacéutica que también conseguimos; tiene que ver con la política que hemos seguido con los profesionales de los servicios sanitarios, aumentando su información sobre las disponibilidades farmacológicas en el tratamiento de los pacientes, protocolizando más tratamientos de patologías prevalentes. Todo eso ha permitido esa importantísima reducción en el crecimiento del gasto

farmacéutico que se ha producido durante el año 1997 y que ha permitido al Insalud ahorrar 22.000 millones de pesetas para poder dedicarlos a otras necesidades prioritarias en el Sistema, sin merma de la calidad.

¿Qué quiere que le diga? Yo hubiera deseado que esto hubiera ocurrido anteriormente. Seguramente podían haber hecho ustedes más inversiones en los hospitales y tener en mejores condiciones algunos de nuestros establecimientos, pero éstos son datos incuestionables por lo que respecta al año 1997.

La financiación adicional del nuevo acuerdo de financiación de la sanidad es del orden de 140.000 millones de pesetas procedentes de distintas fuentes —en el Congreso aporté los datos partida por partida y constarán en el «Diario de Sesiones»—; otros recursos vendrán de la Seguridad Social a través de los acuerdos que ya están establecidos en esas materias y eso va a permitir al Sistema Nacional de Salud dispone de 140.000 millones más, que le da la Hacienda, y de estos ahorros que vamos a conseguir en la prestación farmacéutica mediante aportaciones muy cuantiosas de la industria farmacéutica, implantación de genéricos y reducción de medicamentos de limitada utilidad terapéutica o que se refieren a síndromes menores, que vamos a excluir de la financiación pública.

Por lo que se refiere a la receta blanca, el médico es el que va a recetar, pero cuando esa receta implica que el paciente asume el cien por cien de su coste es evidente que hay que explicárselo para que pueda decidir si acepta o no una receta en esas condiciones. Eso es lo que he querido decir, que es una decisión que corresponde al médico en cuanto a la oportunidad de la dispensación y al paciente respecto a la aceptación del régimen económico que implica esa receta. No estamos innovando nada; nos parece que lo que encontramos estaba bien y lo respetamos. Eso puede funcionar de esta forma sin que se rasguen las vestiduras en este punto ni se pretenda decir que son los pacientes los que recetan, porque eso no tiene sentido.

Hay ochenta y cinco medicamentos genéricos ya registrados que se refieren a treinta principios activos, cuyo calor en el mercado debe ser del orden de los 140 ó 150.000 millones de pesetas. Esto no se parece nada a la situación anterior, y en este año y medio hemos tenido que hacer la legislación adecuada para dar cobertura a esta operación que tuvo lugar con la Ley de Acompañamiento de los presupuestos del año pasado. Este año se ha acometido la introducción de los genéricos; hay trescientas y pico peticiones de las que ochenta y cinco ya están registradas, lo que indica que está implantando a una velocidad que supera a la de los países de nuestro entorno con los que nos solemos comparar a estos efectos. Hubiera deseado que esto se hubiera iniciado en épocas anteriores y haber encontrado esta situación mejor.

Hemos tenido los apoyos necesarios para el acuerdo de financiación, y no hay razones objetivas para que se nos hayan negado los apoyos, como se ha hecho por estas dos comunidades autónomas; lo digo con toda sinceridad. Son dos comunidades autónomas que se van a ver muy beneficiadas por este acuerdo de financiación que nos va a permitir corregir gravísimos desequilibrios que afectaban y

perjudicaban a esas comunidades autónomas, señora Amador. Gracias a este acuerdo de financiación vamos a poder destinar 27.000 millones a la mejora de las infraestructuras en Castilla-La Mancha, que es tanto como decir que aumentarán las inversiones en esa comunidad el 117 por ciento sobre lo que fueron las inversiones en los cuatro años anteriores.

Éste es un acuerdo de financiación que nos va a permitir reequilibrar la situación en las comunidades autónomas gestionadas por el Insalud y del que él sale en condiciones perfectamente comparables con los demás. Pensamos en una financiación *per capita*, viendo todos los recursos, por las personas atendidas, olvidándonos de que no hay tantas playas a las que van cientos de miles de personas en el territorio del Insalud, como sucede en otras comunidades autónomas. Olvidándonos de todo eso, resulta que el Insalud va a tener una financiación superior *per capita* en la Comunidad Autónoma Valenciana que en la de Canarias y muy cerca, muy pegada a la de Andalucía, en condiciones perfectamente defendibles y equiparables con todas las demás; un modelo equitativo que supone un impulso extraordinario a la mejora de financiación. Ése es el acuerdo de financiación que tuvo el apoyo de todas las comunidades que gestionan servicios transferidos y de la representación del Gobierno central, y hubiera podido tener el de todas las comunidades autónomas cuyos servicios sanitarios gestiona también el Insalud.

En cuanto a los criterios de la lista negativa he dado lo que se puede dar en este momento. Usted dice que cómo sabemos que van a ser 32.000 millones, si no tenemos lista. No es tan difícil, señora Amador. Trabajamos sobre ese orden de magnitudes; estamos sobre los afinamientos de la lista para cuadrarla completamente, pero no es tan difícil decir que esta masa de medicamentos sobre los que trabajamos está en ese orden de magnitudes. Eso se puede decir perfectamente, sin tener la lista cerrada al cien por cien, que es cuando se debe someter a los trámites de información y cuando se deben dar datos concretos. Eso es perfectamente compatible con hablar de un conjunto de medicamentos que va a tener ese importe económico. No tenemos que dar nombre por nombre todos los medicamentos para poder decir que estamos hablando de 32.000 millones. Puede haber alguno sobre el que se está discutiendo si debe estar o no, pero podemos trabajar con un mínimo de confianza y seguridad en que va a salir una cifra de ese orden, aunque no estén todos los trabajos terminados. Lo otro sería hacerlo sin seriedad y esto es hacerlo con seriedad; ahora vendrán las decisiones sometidas a consulta. No es la decisión definitiva; es la decisión suficientemente estudiada por los órganos técnicos del departamento que inicia una tramitación. Así se trabaja con seriedad y ésta es nuestra posición inicial. Ahora oímos a las partes afectadas, a los órganos competentes y de ahí pueden salir perfeccionamientos, retoques y diferencias sobre lo que estamos haciendo. Ésa es la forma de trabajar seriamente, lo contrario sería una irresponsabilidad.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Feliz año a todos, aunque sea con un poco de retraso, y gracias por su comparecencia, señor ministro, aunque debo manifestar que mi grupo parlamentario quiere expresarle la más profunda decepción por el contenido de la misma.

Después del tiempo transcurrido, después de la información acerca del acuerdo con Farmaindustria, el que usted se haya limitado a repetir los lugares comunes que ha traslado a través de los medios de comunicación es, cuando menos, una falta de respeto a esta Comisión.

En todo lo que se refiere al acuerdo de financiación, señor ministro, están desarrollando una gran farsa y, encima, con los telones cerrados. Señor ministro, es una gran farsa que ustedes estén hablando de incremento de la financiación, que, en lo más concreto, y en lo que se refiere a los ciudadanos, va a proceder, según ustedes, de una reducción del fraude en la incapacidad transitoria, de cuyo alcance y estructura no se han molestado en ofrecer ni un solo dato, y también del incremento del pago de los ciudadanos, de los pacientes, de los enfermos, por la prestación farmacéutica. Todo eso cuando, al mismo tiempo, en los Presupuestos Generales del Estado, ustedes reducen los ingresos, según la memoria de beneficios fiscales, procedentes de la mejora del tratamiento fiscal a los planes privados de pensiones y de las reducciones de la tributación por impuesto de plusvalía en una cantidad superior a la suma de lo que se espera ingresar, tanto por la reducción de la prestación por enfermedad, que no otra cosa es la supuesta lucha contra el fraude, como por la reducción de la prestación farmacéutica, que no otra cosa es la lista negativa de la que usted habla.

Tampoco es cierto, señor ministro, que este ahorro que usted dice vaya a mejorar la atención sanitaria. La deuda —usted se ha negado sistemáticamente ante esta Cámara y ante el Pleno del Congreso de los Diputados a decir cuánto es la deuda acumulada por el Sistema Nacional de Salud, su estructura y mucho menos las razones que han contribuido a conformarla desigualmente entre unas comunidades y otras— tiene que ver con hechos que están sucediéndose, cada vez con más intensidad, en el sistema sanitario público, al cual yo he hecho referencia varias veces y, mire usted por dónde, los medios de comunicación en el último tiempo no hacen más que publicar datos que corroboran estas apreciaciones. Los procesos de privatización de la gestión, la privatización de los servicios en determinadas comunidades autónomas, disparan intervenciones no justificadas. En los últimos días, en la prensa sanitaria ha venido publicado el dato sorprendente de que Cataluña tiene la tasa de cesáreas más alta del mundo y que en sus hospitales privados se realiza un porcentaje de cesáreas que es exactamente cuatro veces el que se efectúa en los hospitales públicos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego se atenga a la cuestión.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Estamos hablando de financiación de la sanidad, señor presidente.

De todas formas, yo quiero plantearle al señor ministro varias preguntas. En primer lugar, usted ha señalado que los acuerdos con la industria farmacéutica están pendientes de acuerdos individuales con los laboratorios y que se ha establecido un plazo, que creo recordar es de 20 días a partir de la firma del acuerdo, para que los laboratorios individualmente se adhieran al mencionado acuerdo. ¿Cuándo termina exactamente el plazo, señor ministro, y cuántos laboratorios se han adherido al mismo en el plazo transcurrido?

Quiero señalar, señor ministro, mi profunda decepción, que creo que es compartida por otros grupos parlamentarios y desde luego por los ciudadanos, porque usted no haya explicitado ni siquiera los grandes grupos que se van a ver afectados por la lista de medicamentos excluidos de la financiación por la sanidad pública. Señor ministro, a usted, que procede de Galicia, habría que decirle que la lista, como las *meigas*, no existe, pero *haberla hayla*; es decir, una liste sirve, se cuantifica —incluso se habla de 400 fármacos— se evalúa lo que va a suponer el aumento del ingreso procedente de la exclusión de la financiación y, sin embargo, usted no ha expuesto más que criterios profundamente contradictorios. Se habla de medicamentos de baja utilidad terapéutica y de síndromes menores, eso sí, con precio medio bajo.

A la hora de utilizar un argumento, que usted sabe tan bien como yo que es poco apreciado por la industria farmacéutica, como el de que se eliminan medicamentos de baja utilidad terapéutica, usted ha dicho textualmente, sin embargo, que son medicamentos desaconsejables en su prescripción y de los cuales se garantiza la calidad, la seguridad y la eficacia. Señor ministro, para cualquier persona con un nivel medio de inteligencia, eso es una contradicción, porque son términos que se excluyen. Si los medicamentos son eficaces, no tienen baja utilidad terapéutica. Lo que ustedes están utilizando es una enorme ambigüedad para eludir la responsabilidad directa del Ministerio de Sanidad con respecto a los medicamentos excluidos, que, sin embargo, mantienen en el registro. Ustedes, señor ministro, van a llevar a cabo una intensa estafa a la población, que va a poder recibir la prescripción de medicamentos en recetas del sistema sanitario público que tendrá que financiar al cien por cien, que van a ser objeto de publicidad en los medios de comunicación, que van a tener precio libre, que están desaconsejados en los protocolos y que ustedes mantienen injustificadamente en el Registro de medicamentos y productos sanitarios. Ustedes están estafando a la población y están incumpliendo la responsabilidad que tienen por ley de garantizar la seguridad y la eficacia de los medicamentos, que evidentemente no se puede dar al mismo tiempo.

Yo le pregunto directamente, señor ministro: ¿cuál es la actividad del programa de revisión selectiva de medicamentos? ¿Qué medicamentos, evidentemente de los de baja utilidad terapéutica, están siendo sometidos a estudio para ser eliminados del registro? Es imprescindible que ese programa funcione, y que lo haga con criterios estrictamente técnicos.

Lo que usted ha puesto de manifiesto ante la opinión pública, como responsable del Ministerio de Sanidad, y

eso es imposible negarlo, por mucha opacidad que usted se empeñe en introducir, es que los criterios para la exclusión de medicamentos de la financiación pública son pactados exclusivamente con la industria farmacéutica; es decir, es la industria farmacéutica exclusivamente la que ha indicado qué medicamentos estaría dispuesta a tolerar que se excluyeran de la financiación. Y a los hechos me remito, porque sus palabras han sido suficientemente explícitas.

¿Cuántos informes, señor ministro, han solicitado ustedes acerca de las agencias de evaluación de tecnología sanitaria existentes para que informen la lista excluida?

Hay otro elemento que usted ha señalado al principio de su intervención y que desde luego no tiene nada que ver con la realidad: el criterio de racionalización del gasto, el criterio de racionalización en el uso de los medicamentos, que desde luego no se va a ver afectado positivamente, en absoluto, por las medidas adoptadas, sino, por el contrario, muy negativamente, porque la población, lejos de ver incrementada la actividad de educación para la salud en el uso racional de los medicamentos, lo que va a recibir es un bombardeo publicitario de medicamentos de baja utilidad terapéutica, eso sí, a financiar al cien por cien por las personas que los utilicen.

Señor ministro, después de la experiencia habida con el primer medicamento del PSOE de incremento del gasto farmacéutico, después de conocer la experiencia de otros países que han vivido procesos parecidos de listas negativas y, como es lógico, como el sentido común más elemental indica, procesos de sustitución de medicamentos de precio bajo, como usted señala, por otros medicamentos con parecidas indicaciones y de precio mucho más alto, yo creo que ni usted ni la industria farmacéutica se creen que vaya a haber un ahorro significativo de estos medicamentos.

Yo le voy a decir mi opinión, señor ministro. Las listas negativas, los procesos de participación de los pacientes en el pago de servicios sanitarios, en los medicamentos no tienen por objetivo reducir el gasto público en medicamentos sino algo de muchísimo mayor calado ideológico, que es ir habituando a la población, a los sectores más desfavorecidos económicamente de la población a que aquí no hay nada gratis y que hay que ir pagándolo. Es un objetivo profundamente ejemplificador el que se persigue excluyendo esos medicamentos de la financiación. Ustedes saben y lo saben las aseguradoras privadas, que esperan pacientemente que les caiga el sistema sanitario público o por lo menos las partes más rentables como una fruta madura, que el objetivo que se persigue, y que se conseguiría, es la exclusión progresiva de aquellos sectores de la población que más recursos sanitarios consumen, como son los enfermos crónicos y los jubilados y pensionistas.

Evidentemente, señor ministro, ninguna de las medidas de racionalización en el uso de medicamentos que se plantearon por mi grupo parlamentario, y que afortunadamente tuvo el apoyo de otros grupos en el Pleno del Congreso, han sido tomadas.

Voy a hacerle una pregunta, señor ministro. ¿Ha discutido usted con la industria farmacéutica algo que incluso usted ha reconocido que era un elemento fundamental de

racionalidad en el uso de los medicamentos, como es la adecuación del número de unidades por envase a las cantidades exigidas por los procesos más comunes? ¿Ha discutido usted con la industria farmacéutica una medida tan elemental que hasta la comentan las personas cuando se les hace encuestas por la calle, porque comprueban que se les venden envases que tienen más del doble de lo indicado para el tratamiento o algo menos de la mitad, por lo que necesitan comprar dos envases, sobrando las tres cuartas partes del segundo, despilfarrando el gasto sanitario público tanto en el envase grande como en el más pequeño al no adecuarse a lo que se necesita? ¿Se le ha ocurrido presentar ante la industria farmacéutica una medida tan elemental para la racionalización en el uso de medicamentos y para la disminución del gasto inadecuado? ¿Ha comentado, señor ministro, la reducción de los gastos de promoción de medicamentos entre los profesionales sanitarios? ¿Ha hablado con la industria farmacéutica de la necesidad de que se cumpla la ley y de que no se produzcan de manera encubierta regalos a los prescriptores para alentarlos a que receten los medicamentos que generan mayores niveles de beneficios sanitarios? ¿Ha pensado usted, señor ministro, en la posibilidad de ir planteando la distribución de medicamentos en los centros de salud? ¿Se ha planteado usted intervenir sobre el registro de medicamentos para que se vaya eliminando los medicamentos que realmente tienen baja utilidad terapéutica, que han quedado obsoletos o son inadecuados según las indicaciones para las que fueron autorizados?

Señor ministro, yo me sumo a la petición de la señora Amador para que por lo menos, tras su comparecencia en esta Comisión de Sanidad, tengamos el texto del acuerdo firmado con la industria farmacéutica. No obstante, descuide que yo lo pediré además por los cauces reglamentarios, como la solicitud de informe al Gobierno, pero le agradecería que al menos se agilizaran los plazos de su remisión supongo que a todos los grupos de la Cámara.

Quiero decirle, señor ministro, que, a la espera de conocer finalmente la lista de medicamentos excluidos, las filtraciones se están produciendo. Usted habrá leído, como yo, la alarma de asociaciones de enfermos crónicos, como los de fibrosis quística. Ellos han debido oír que se va a eliminar un medicamento que ellos utilizan.

Como portavoz de mi grupo parlamentario le reitero las preguntas y la solicitud de que se me contesten las que le he hecho concretamente. La valoración que se está produciendo en estos momentos, repito, es la de una reducción del gasto público, un aumento del gasto privado en farmacia a sufragar además por los sectores de la población que más necesidades de salud tienen, como son las personas con enfermedades crónicas y los jubilados y pensionistas.

Evidentemente, señor ministro, estamos enfrentados en criterios de política sanitaria, y lo que yo espero es que el nivel de información de la población vaya aumentando, de modo que comprenda que realmente detrás de estas medidas están sirviendo a intereses estratégicos que no tienen nada que ver ni con la mejora de la calidad de la atención sanitaria ni con la racionalización en el uso de medicamentos.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Maestro, la nueva financiación del Sistema Nacional de Salud no es ninguna farsa; es una cosa muy seria que supone una aportación adicional de recursos procedentes de la Hacienda pública, en los términos más amplios, de 140.000 millones sobre la financiación del modelo anterior y supone un esfuerzo de racionalización del gasto sanitario que va a permitir disponer de 65.000 millones más, de los cuales una buena parte la financia la industria farmacéutica para atender necesidades sanitarias prioritarias. Eso no es ninguna farsa. Que usted introduzca aquí el debate de que eso es menos de lo que se ahorra con la reducción de algunos impuestos que tienen que ver con cuestiones esenciales de la política económica no sé si es una farsa o un intento de confundir, que yo creo que no conduce a ninguna parte.

Las medidas de política económica han sido esenciales para conseguir los resultados a los que ha llegado la política económica de nuestro país y son medidas que tienen mucho que ver, quiera o no S. S., con la creación de empleo, con la mejora de la financiación de la Seguridad Social, con todo lo que eso representa. Son medidas económicas de altísimo calado como para que se pueda frivolar aquí diciendo que con que hubiéramos cogido lo que se ahorra... Cada cosa tiene su sentido. La política económica del Gobierno se está revelando muy acertada. Haciendo compatible el rigor presupuestario, el cumplimiento de los requisitos de Maastricht con las necesidades del Sistema Nacional de Salud se consiguen fondos adicionales de la Hacienda pública por importe de 140.000 millones de pesetas al año. Eso es importantísimo; no es ninguna farsa ni hemos tratado de engañar a nadie.

Usted vuelve a hablar de la deuda de los servicios de salud de otras comunidades autónomas; estamos en un Estado autonómico. No hay información en el Ministerio de Sanidad sobre eso. No la hay, no la ha habido nunca y, por tanto, ese requerimiento se tiene que hacer en las sedes oportunas y a las instituciones responsables en cada caso.

Usted insiste en el debate de la privatización. No estamos privatizando. Estamos defendiendo el Sistema público Nacional de Salud, defendiéndolo —casi diría— de sus peores adversarios, que son los partidarios del inmovilismo. Ésos son los peores defensores del Sistema Nacional de Salud. Los que ponemos 200.000 millones más al año para su financiación y los que nos esforzamos por hacer una gestión más eficiente somos los que estamos defendiendo realmente el Sistema Nacional de Salud, y cualquier referencia a la gestión de servicios que están bajo la responsabilidad de otras instituciones me parece que está fuera de lugar. (**Rumores.**)

He explicitado los criterios que están inspirando a los farmacólogos, a los técnicos del Ministerio que están trabajando con criterios farmacológicos en esa lista. Los criterios son: exclusión de medicamentos de limitada utilidad terapéutica, exclusión de medicamentos relacionados con

síndromes menores. En cuanto esté concluido ese trabajo se iniciará la tramitación.

Naturalmente que ahora los expertos del ministerio están trabajando con sus conocimientos y con su ciencia sobre estos problemas y, en las fases sucesivas de la tramitación, se oirá a todos los órganos técnicos que tengan algo que decir sobre esta cuestión para garantizar el acierto de la decisión definitiva. Hasta ahora ha sido trabajo interno de los servicios farmacéuticos del ministerio para elaborar esa lista, cuya tramitación se va a iniciar dentro de pocos días. Con esto que estamos haciendo tampoco estamos estafando a nadie. Los usuarios de estos medicamentos van a tener más información y sus decisiones se van a tomar con más conocimiento de causa y lo mismo la de los servicios profesionales competentes.

Sobre el mantenimiento del registro en las mejores condiciones, los servicios del ministerio trabajan permanentemente y eso irá dando cada vez más los frutos adecuados.

Los criterios de exclusión no se pactan con la industria, señora Maestro; los criterios de exclusión son una decisión del Ministerio de Sanidad y Consumo, que somete a la tramitación correspondiente y que será, en su caso, refrendada por el Consejo de Ministros.

Al servicio del uso racional del medicamento estamos trabajando con intensidad y, afortunadamente, con resultados muy alentadores. Esa reducción del crecimiento del gasto farmacéutico del once y pico del año pasado al 4,62 de este año tiene que ver con la colaboración que estamos encontrando entre los profesionales que prestan servicio en nuestras instituciones en la línea de conseguir un uso racional del medicamento.

La eficacia de las listas negativas es algo difícil de discutir. Es una medida conocida también en todos los países de Europa con que nosotros nos comparamos, que acuden a ella para la ejecución de sus políticas farmacéuticas respectivas. Por cierto, en relación con la referencia que usted hacía a la fibrosis quística, le puedo decir que nunca se ha pensado en excluir de la lista; es un fármaco indicado para una enfermedad grave y un fármaco indicado para una enfermedad grave no tiene sentido que se excluya de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, por ahí la puedo tranquilizar a usted absolutamente.

Vuelve otra vez S. S. con el tema del tamaño de los envases. Tenemos unos tamaños de envases generalmente homologables con el conjunto de los países de Europa con que nos comparamos. Por si usted no lo sabe o no lo recuerda, porque este debate lo hemos tenido ya, le puedo decir que el único país de la Unión Europea en donde se seguía ese modelo de dispensación de los medicamentos a que S. S. se refería, está cambiando para incorporarse al general de la Unión Europea, que consiste en que los fármacos se dispensan en envases que deben tener relación con las posologías ordinarias y normales. Creo que, en general, lo que disponemos en nuestro país a esos efectos se parece a lo que ocurre en países de nuestro entorno. De modo que de ese modelo británico que S. S. propugna tengo que decirle que los británicos lo están abandonando porque la Unión Europea ha aceptado como criterio gene-

ral para su modelo de dispensación farmacéutica el que tenemos nosotros y otros países de Europa.

Si la lista negativa, como quiere usted apuntar, termina en un aumento del gasto farmacéutico y va a acabar en esa operación, me sorprende mucho porque, desgraciadamente, no hay ninguna industria farmacéutica que pida listas negativas; y si realmente de las listas negativas se fueran a derivar esas ventajas que S. S. señala, las peticiones serían de signo contrario. La industria farmacéutica recibe en general de mal grado estas medidas de establecimiento de listas negativas.

Sobre la política farmacéutica, me siento de verdad razonablemente satisfecho de lo que estamos haciendo. En este año y medio hemos elaborado las disposiciones necesarias para facilitar la ampliación del número de farmacias. Hemos propiciado la liberalización de los salarios. Hemos reducido los márgenes de los farmacéuticos y de los almacenes de distribución. Hemos introducido los genéricos; están ya en el mercado algunos y a punto de llegar al mercado muchos más. Hemos establecido la normativa necesaria para poder introducir en nuestro modelo de prestación farmacéutica los precios de referencia, y hemos llevado a nuestros servicios sanitarios una cultura de uso racional del medicamento que está permitiendo una excelente colaboración de los profesionales de la medicina en esta materia, que contribuyen con sus decisiones a ir conteniendo el crecimiento de esta partida del gasto sanitario en la que teníamos desviaciones sobre lo que son las medidas europeas y en donde, naturalmente, debemos actuar en consecuencia. Ése es un balance que yo estimo realmente positivo en relación con una prestación tan importante del Sistema Nacional de Salud, donde queremos mantener su calidad y, al mismo tiempo, conseguir los niveles de gasto asumibles por el sistema.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Dos minutos, señor presidente.

Creo que puede inducir a error alguna de las afirmaciones que el señor ministro ha realizado. En primer lugar, quiero decir que espero, la verdad es que con poca esperanza —valga la redundancia—, que el señor ministro de Economía y Hacienda no tenga el mismo criterio para mejorar la financiación de la Seguridad Social y entienda que el incremento de los incentivos fiscales a los planes de pensiones privados es el mecanismo más adecuado para mejorar la financiación de la Seguridad Social.

También quiero hacer alguna precisión obvia. Señor ministro, los que ponemos los 200.000 millones de pesetas, los que financian los ingresos del Estado por el IRPF en un 80 por ciento son los asalariados de este país. Evidentemente, no creo que ese desliz expresivo del señor ministro se refiera a que los 200.000 millones de pesetas salgan de otros bolsillos que no sean los bolsillos de los ciudadanos de este país.

Otra aclaración: yo no me he referido al tamaño del envase, es obvio, sino al número de unidades de los envases; y eso nada tiene que ver con el criterio en Gran Bretaña,

que se refería a la distribución de unidades en los centros de salud. Yo me refiero a algo sobre lo que usted ha convenido conmigo en debates parlamentarios que es uno de los elementos razonables, posibles y de actuación inmediata que permitiría no despilfarrar gasto farmacéutico público ni incrementar el riesgo de los ciudadanos que mantienen farmacias privadas en sus domicilios.

Respecto a si la industria farmacéutica desea o no listas negativas, creo que el debate en los medios de comunicación, las informaciones surgidas acerca de las divisiones internas de la industria farmacéutica, de los diferentes intereses y de las diversas líneas de investigación y de producción, arrojan diferentes valoraciones acerca de la repercusión de las listas negativas. De todas maneras quiero decirle que Farmaindustria globalmente, como responsable de la industria farmacéutica, ha manejado con insistencia el dato, que por otra parte no es privativo ni específico de nuestro país, de que las listas negativas producen el efecto sustitución y de incremento del gasto farmacéutico.

De todos modos, mi preocupación fundamental en este momento no son los intereses de la industria farmacéutica, que se defienden con eficacia y tiene cauces suficientes como para determinar la política de medicamento del Ministerio de Sanidad en un aspecto tan evidente como el que aquí nos trae esta mañana, sino los intereses de la población.

Me alegro de lo que usted dice en relación con los enfermos de fibrosis quística, pero el tiempo transcurrido desde que ustedes anunciaron la exclusión de 1.500 medicamentos, luego de 500, luego de 800 y finalmente de 400, es un elemento de inquietud, de incertidumbre, que recae sobre aquellos colectivos con menos recursos económicos, que utilizan habitualmente medicamentos que usted indica para síndromes menores pero que evidentemente influyen sobre la calidad de vida y sobre la curación o mejora de síntomas de estos síndromes menores, y sobre aquellas personas, como los enfermos crónicos, que se ven obligadas a utilizar de por vida no solamente medicamentos que repercuten directamente sobre su enfermedad, como podría ser al que nos referimos en el caso de la fibrosis quística, sino otros muchos derivados de su situación de invalidez o incapacidad.

El señor **PRESIDENTE**: El señor ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Creo que el ministro de Economía y Hacienda no necesita que lo defienda yo, tiene sobradamente acreditadas sus capacidades para orientar bien la política de financiación de los servicios del Estado, de financiación de la Seguridad Social, y es excusada, a mi juicio, cualquier referencia a esa cuestión.

Nosotros no somos los que aportamos los 140.000 millones; tenemos la responsabilidad de decidir sobre el destino de los recursos que recibimos de los ciudadanos, eso es evidente, pero usted nos ha acusado de estar haciendo una farsa y no estamos haciendo ninguna farsa. Estamos trabajando por una mejora sustancial de la financiación del

Sistema Nacional de Salud, y esa responsabilidad sí nos corresponde; nosotros tomamos las decisiones para dedicar esos recursos que aportan los ciudadanos, que los aportan para todo.

Naturalmente que el tamaño de los envases, señora Maestro, tiene que ver con el número de cápsulas que contienen, no serán envases muy grandes para tener pocas cápsulas; me parece que eso es una obviedad.

No sé qué quiere usted decir con los cauces que pueda tener la industria farmacéutica para influir en las decisiones del Ministerio de Sanidad. Yo le aseguro que actuamos con absoluta independencia y sin otro objetivo que la defensa de los intereses generales de los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA IBEN**: Al igual que ha hecho la portavoz del Partido Socialista, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) quiere dar la bienvenida al letrado y agradecerle de antemano toda la ayuda que sin duda nos va a prestar en esta Comisión, donde el anterior letrado se mereció una fama ganada a pulso de que casi era ya un doctor en medicina y nos ayudó muchísimo. Estamos convencidos de que su incorporación a esta Comisión también va a ser muy positiva.

Señor ministro, agradecemos su comparecencia, y voy a intentar reflejar lo que mi grupo parlamentario siente, le preocupa y opina sobre el actual estado de la sanidad después del acuerdo que el Gobierno ha hecho con Farmaindustria para favorecer la reducción del gasto farmacéutico. De entrada, mi grupo parlamentario valora el acuerdo positivamente, porque hay un esfuerzo importante que hay que reconocer han hecho la Administración y Farmaindustria para llegar a consensuar unas cantidades que en principio —en principio, digo— deben posibilitar que consigamos este ahorro de 65.000 millones de pesetas que, en virtud del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, deben servir para aumentar la financiación de la sanidad.

Es obvio a estas alturas, señor ministro, que mi grupo parlamentario no duda de la intencionalidad del Gobierno en el sentido de que existen ganas y voluntad de mejorar y modernizar el sistema sanitario, y no lo dudamos, entre otras cosas por principio, al margen, permítame la expresión, de quién gobierna, porque la mayoría de los grupos políticos representados en esta Cámara, por no decir todos, nos sentimos legítimamente orgullosos del Sistema Nacional de Salud que entre todos hemos ido construyendo. Es obvio que el Partido Socialista en su momento tuvo una importante labor para dar un marco general de lo que debía ser el Sistema Nacional de Salud, tuvo la responsabilidad, y en su momento se consiguió un avance positivo, pero también es obvio, pienso, que el Gobierno actual, el Gobierno del Partido Popular, ciñéndose incluso al dictamen y al acuerdo de la subcomisión de sanidad, desea mejorar en lo posible todo lo que los anteriores gobiernos consiguieron. Éste es el marco de referencia que quiero explicitar para que no perdamos el norte.

Si convenimos que las voluntades son éstas —y mi grupo, reitero, no las cuestiona—, permítame no obstante, señor ministro, que le manifieste algunas preocupaciones o dudas. La primera preocupación que queremos manifestarle es que este pacto, que reitero es positivo por lo que tiene de voluntad de diálogo, de esfuerzo, de consenso, por lo que tiene de voluntad por parte de la industria de hacer una aportación, es un pacto hipotético, mejor dicho, el pacto es real, pero el resultado que tiene es hipotético, habrá que ver qué pasa, habrá que hacer un seguimiento riguroso. Como el Gobierno y todos los grupos políticos, supongo, esperamos que el resultado sea positivo, será muy necesario que la comisión de seguimiento que el mismo pacto contempla tenga una labor muy precisa, muy metódica, muy seguida, muy continua, y como, si no tengo mal entendido, esta comisión de seguimiento está pensada para que la compongan los miembros del Ministerio y de Farmaindustria, yo me atrevería a decir que pienso que sería recomendable y altamente positivo que, además, en esa comisión estuviesen representadas las comunidades autónomas, no por otra razón, sino para que, de la manera más transparente posible y todos metidos en el compromiso, seamos conscientes de la evolución que el pacto tiene.

Hay otro aspecto que nos preocupa, señor ministro, y es la venta que todo este proceso, largo, complejo, laborioso, está teniendo en la opinión pública, porque somos políticos y muchas veces no es suficiente que nosotros estemos convencidos de que la intencionalidad, lo que se pretende, el objetivo es bueno; además debemos ser capaces de transmitir a la opinión pública que es bueno, y tenemos la impresión de que en un sector de la población esta percepción no se da en ese sentido, que más bien incluso se da en sentido contrario. Es difícil explicar, y hacerlo de manera coherente, que sólo se van a restringir aquellos medicamentos de escaso valor terapéutico. Es más, como esta portavoz muchas veces ha explicado y ha comentado en medios de comunicación cuando ha tenido ocasión, usted mismo, señor ministro, dijo en esta Cámara, si no recuerdo mal —y esto se veía en los «Diarios de Sesiones»—, a respuesta de una moción que presentaron el Grupo Socialista y me parece que el Grupo de Izquierda Unida, que se comprometía a que no se excluyese ningún medicamento que no pudiera ser sustituido, estas afirmaciones, que además tienen sentido común, sí pueden explicarse muy bien a la opinión pública. Existe un problema, el gasto farmacéutico se dispara muy por encima de lo que el sistema puede soportar y tenemos la obligación de transmitir a la opinión pública la necesidad de recortar este coste; además nosotros decimos, el Gobierno dice, que esto lo haremos sin detrimento de la calidad de asistencia que tiene derecho a recibir la ciudadanía. Como mandamos muchas veces mensajes contradictorios, la gente duda, y llega a dudar de las intencionalidades del Gobierno y, por extensión, de los grupos que le dan apoyo, pero le reitero, señor ministro, que no es el caso de mi grupo. Usted sabe que para mi Gobierno, para los partidos políticos de Convergència i Unió que somos Govern en Catalunya, el sistema sanitario es aquello que llamamos cuestión de primera fila. Hay un fuerte compromiso de que nosotros estamos obligados a

mantener la calidad que hemos conseguido, además a mejorarla y, en este sentido, ustedes y nosotros estamos trabajando en la misma línea. Sin embargo, algo no funciona cuando lo transmitimos tan mal.

Es difícil explicar a la opinión pública, señor ministro, que por un lado se van a excluir unos medicamentos y que el discurso ha variado sustancialmente en el tiempo. De 1.000 medicamentos o más, al final se ha pasado a unos 400; transmitimos una impresión de que no sabemos muy bien por dónde vamos, esto es así. Otra cosa que aún veo más difícil de explicar y que contempla el acuerdo con Farmaindustria, es decir, que el médico podrá libremente prescribir medicamentos que no van a ser financiados.

Señor ministro, se lo digo con toda modestia, pero además con toda convicción: hay cosas que la opinión pública es muy difícil hacerles entender y, además, hacernos creíbles, que es nuestra obligación. Tenemos que ser transparentes en este asunto; si no lo somos se presta a que alguien, algún partido político o algunos partidos políticos con determinadas intenciones, puedan hacer demagogia con lo que pretendemos. Nosotros tenemos que explicar a la opinión pública la necesidad absoluta de contener el gasto farmacéutico para hacer viable el Sistema Nacional de Salud, y tendremos que explicar que todas las medidas que contempla este pacto quizá no van a ser suficientes, tendrán que rectificarse y tomar otras. Estas cosas hay que explicarlas con valentía, con transparencia, con honestidad, para que seamos creíbles; pero el doble discurso, señor ministro, a veces es muy difícil.

Como usuaria, ya que a pesar de ser portavoz de sanidad sabe este ministro que no soy de la profesión, está mal explicado y se entiende peor que un médico pueda prescribir un medicamento cuando existe otro que puede ser financiado sin que el usuario vea fantasmas. Como la mayoría de la población no tiene por qué estar, ni lo está, en cuestiones muy específicas, lo que el médico prescribe es palabra de dios o palabra de médico, que en estos casos es similar, y cada vez que un médico tenga la tentación de prescribir un fármaco y diga al usuario que puede cambiarlo, aquella persona va a tener la sensación de que el Sistema Nacional de Salud le está tratando mal.

Como estoy segura y convencida, señor ministro, así como mi grupo parlamentario, de que no es lo que pretendemos, quiero poner esta reflexión encima de la mesa, para que, si es necesario, encontremos la forma de explicarnos mejor ante la población.

El señor **PRESIDENTE**: El señor ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Agradezco mucho, señora Riera, primero el apoyo básico que S. S. da a esta medida, como el que dieron en su momento a los planteamientos que hicimos conjuntamente sobre reformas del Sistema Nacional de Salud para su modernización y consolidación, y después al acuerdo de financiación del Sistema Nacional de Salud, que incluye esta previsión de ahorro de 65.000 millones por estas vías; y le agradezco también sus aporta-

ciones críticas, porque nos ayudarán a explicar mejor nuestras posiciones y a tratar de acertar en las decisiones que todavía quedan pendientes.

También doy la misma importancia que S. S. a esa comisión de seguimiento que tiene que ver realmente hasta qué punto coinciden las previsiones sobre las que se basa este acuerdo con los resultados efectivos que vaya dando, con el objetivo de que, en todo caso, hay que alcanzar el ahorro de 65.000 millones y, por tanto, me parece muy bien que S. S. resalte la importancia que tiene esta comisión de seguimiento, desde la cual nosotros procuraremos mantener una relación muy fluida con las comunidades autónomas, como hemos tratado de hacer en todo este proceso y como va de suyo, porque tienen que participar también en la toma de decisiones que tienen que ver con todo este proceso. Cuidaremos esa relación como se merece, y vamos a tratar de esforzarnos por explicar mejor lo que estamos haciendo, para que también la opinión pública perciba mejor cuáles son nuestros propósitos y cuál es el alcance de estas medidas.

Desde luego, creo que hemos dicho reiteradamente desde el principio que se trataba de excluir medicamentos de limitada utilidad terapéutica, en ocasiones relacionados con síndromes menores y, por tanto, que su exclusión no iba a afectar a la calidad de la asistencia que estamos dando; que en muchos casos, y lo he reiterado hoy aquí, se trata de medicamentos que ya los servicios técnicos de distintos servicios de salud estaban desaconsejando su utilización y, por consiguiente, en eso nos mantenemos, porque lo hemos dicho desde el principio, lo he reiterado hoy aquí, y ése es el contexto en el que se toma la medida: medicamentos de limitada utilidad terapéutica, medicamentos relacionados con síndromes menores y cuya exclusión, por tanto, no afecta a la calidad de lo que damos. Ninguna patología de interés y de importancia se va a ver privada de la dispensación farmacéutica que necesite, eso tiene que estar en la tranquilidad de todos y lo podemos mantener. Espero que cuando la lista se conozca con detalle, estas consideraciones resulten avaladas por el contenido de esa lista.

Se refiere también S. S. a la cuestión de la receta blanca, esa que dejamos, que estaba ahí ya y que mantenemos con un deseo de respetar al máximo la libertad de los prescriptores. Puede haber algunos que, con independencia de los criterios que se utilicen con carácter general o en razón con algunos de esos síndromes menores, efectivamente pueden desaparecer algunos medicamentos relacionados con síndromes menores, porque se entiende que, ante un síndrome de esa naturaleza, la solidaridad pública no está obligada a la financiación del remedio de ese síndrome menor y, sin embargo, no se discute la indicación de ese medicamento para tal síndrome menor, y médico y paciente pueden convenir en que, aun tratándose de un síndrome menor y de un medicamento que no está financiado, debe ser prescrito, el médico puede dar esa receta, el paciente acepta y asume que ese medicamento no está financiado por el sistema y acepta la receta con todas sus consecuencias. Todo esto, bien explicado, no debe prestarse a ninguna mala interpretación y es algo más que está ahí, a disponibilidad de todos, para que responsablemente informados adopten las

decisiones pertinentes: el médico en el ámbito de sus competencias, el paciente en el ejercicio de sus derechos y sabiendo las consecuencias de lo que hace.

Si todo esto lo explicamos bien no debería tener contraindicación y, por el contrario, sería una posibilidad más que tienen nuestros pacientes y nuestro sistema en el contexto de lo que se realiza. Sin embargo, acepto que todo esto cuanto mejor lo expliquemos mejor será, y cuanto mejor sepamos llevar a la opinión pública que éstas son medidas que no afectan a la calidad de la asistencia que damos y muy necesarias para la financiación del Sistema Nacional de Salud, que tiene necesidades prioritarias sobre la atención de prescripción en estos términos, redundará en un buen servicio a los ciudadanos y en una mejor aceptación de medidas de esta naturaleza.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASAÑEZ**: Señor presidente, en primer lugar, quiero dar también la bienvenida al señor Astarloa, como se ha hecho por parte de portavoces de otros grupos, y agradecer la comparecencia del señor ministro, al mismo tiempo que aprovechar para agradecer la relación que ha mantenido el Ministerio de Sanidad y Consumo y la información suministrada al departamento de Sanidad del Gobierno vasco.

La posición del Partido Nacionalista Vasco, tanto en esta Cámara como al frente de su responsabilidad en el departamento de Sanidad del Gobierno vasco, es colaborar en la racionalización del consumo farmacéutico y no solamente en la mera participación en medidas de ahorro. En este sentido, hemos valorado positivamente el acuerdo de financiación logrado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, así como los acuerdos logrados en la comisión interterritorial; positivamente en cuanto a su suficiencia y estabilidad para el período 1998/2001. La base de partida en el presupuesto para 1998 entendemos que ha sido adecuada, así como los criterios de actualización anual establecidos, y también positiva para Euskadi, tanto para la Comunidad del País Vasco como para Navarra, ya que ambas comunidades, en este caso, seguirán rigiéndose por su concierto y convenio respectivos.

También entendemos positivas las medidas de ahorro en su conjunto, sobre todo si se enfocan desde la perspectiva de la racionalización del consumo farmacéutico. En todo caso, pensamos que la financiación selectiva deberá ir acompañada también de medidas complementarias, como separación entre el registro y la financiación, un decidido desarrollo de los genéricos, introducción de protocolos farmacológicos para que un medicamento considerado de baja utilidad terapéutica no tenga alternativa financiada, establecimiento de un vademécum financiado en base a listas positivas y no negativas, establecimiento de precios de referencia, etcétera. En este sentido, de entrada, valoramos positivamente el acuerdo alcanzado con Farmaindustria en su conjunto, aunque —y voy a procurar ser breve— señalaría dos puntos críticos o de cierta discrepancia para nosotros.

En primer lugar, como también se ha señalado por parte de la portavoz del Convergència i Unió, no está nada clara —o está muy clara, según como se quiera leer— la no presencia de comunidades autónomas con competencias transferidas cuando se habla de la comisión de seguimiento, en el punto 9 del acuerdo.

En segundo lugar, en la parte de manifiesto, en el punto 10, cuando se habla de que se llevarán a cabo por los órganos competentes del Sistema Nacional de Salud las actuaciones oportunas para que, dentro de su ámbito, las prescripciones de especialidades farmacéuticas excluidas de financiación pública se puedan realizar en recetas oficiales de la Seguridad Social. Es decir, aparecen las recetas blancas. Entendemos que este punto, que —como se ha señalado anteriormente— ya estaba contenido en el acuerdo anterior, es insuficiente.

Finalmente —aunque también se ha señalado por parte de la portavoz de Convergència i Unió—, quiero hacer una apreciación coincidiendo con las anteriores palabras. Entendemos que, en cierta medida, no se está sabiendo vender bien a la opinión pública tanto el acuerdo con Farmaindustria, y lo que esto supone, como los acuerdos alcanzados para la financiación de la sanidad pública. Esto habría que cuidarlo más porque, por las circunstancias que sean, se está creando cierto confusiónismo que pensamos que no favorece nada al conjunto de los acuerdos alcanzados, que —como he dicho antes— valoramos positivamente.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Muchas gracias, señor Caballero, por sus aportaciones, y la valoración positiva no sólo de este acuerdo sino también del acuerdo de financiación, y por sus referencias no sólo a la suficiencia inicial, sino también a la suficiencia continuada en el tiempo, los criterios de actualización. Por cierto, olvidé decir en alguna de mis intervenciones anteriores que, junto a esos 200.000 millones de incremento anual previstos para este año (que con el crecimiento del PIB aseguran el mantenimiento financiero del sistema), está prevista en los dos últimos años de vigencia del modelo una aportación adicional del Estado de 25.000 millones más, que irían a favorecer asimismo la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Agradezco también que se consideren positivas las medidas de ahorro previstas. El señor Caballero se refirió con razón a la importancia que tienen la financiación selectiva y la separación del registro y la financiación, cuestiones que están ya vigentes en nuestro ordenamiento como consecuencia de las actualizaciones que introdujimos en la ley de acompañamiento de los presupuestos. Por tanto, en ese punto disponemos ya del marco normativo completo y necesario para eso, con independencia de las previsiones que ya existían en la legislación anterior, que se han ampliado y rematado con estas medidas.

Hacia S. S. una referencia a la mayor oportunidad de las listas positivas. Ése es un debate que nos llevaría más le-

jos. Hasta ahora en nuestro país se han seguido estas pautas de las listas negativas; hay otros que efectivamente tienen listas positivas. No me atrevo, en este momento, a anunciar ninguna medida en esa dirección, porque me parece que lo que estamos haciendo es suficiente y nos debemos atener a esta situación que ya tenía precedentes en nuestro país.

También le puedo decir que cuidaremos de manera especial esa relación con las comunidades autónomas en el proceso de seguimiento, para que en todo momento tengan la información necesaria y la posibilidad de aportar sus criterios en relación con lo que vaya ocurriendo.

Respecto a la receta blanca me remito a lo que antes dije, y recojo también su opinión sobre la conveniencia de que expliquemos mejor estos acuerdos de financiación y el acuerdo con Farmaindustria, lo cual, por cierto, creo que se compadece mal con algunas acusaciones que se nos hacen desde otros ámbitos en el sentido de que lo que hacemos es propaganda y que por ahí cometemos muchos excesos. No debemos cometer tantos cuando por otra parte se nos pide que expliquemos más y mejor esto que estamos haciendo. **(La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador. ¿Para qué me pide la palabra?

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, para una cuestión de orden.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: El Grupo Parlamentario Socialista quiere dejar constancia de su protesta formal ante esta Comisión porque, de la intervención del portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, se hace explícito que dispone del texto del acuerdo del que nosotros no disponemos. Por tanto, queremos expresar nuestra protesta formal y nuestra perplejidad por el hecho de que haya grupos de esta Cámara que dispongan del acuerdo y los restantes no lo tengamos.

El señor **PRESIDENTE**: Constará en acta.

Por el Grupo Parlamentario Mixto, piden la palabra el señor Vázquez y la señora Almeida. ¿Son conscientes de que tienen que repartir el tiempo equitativamente?

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Somos inconscientes, pero vamos a repartir el tiempo. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, en primer lugar, el señor Vázquez.

El señor **VÁZQUEZ VÁZQUEZ** (Don Guillermo): Dada la consciencia de la limitación del tiempo, trataré de ser lo más breve posible.

En primer lugar —¿cómo no?— quiero felicitar al señor letrado por su incorporación a esta Comisión, si es mo-

tivo de alegría para él; si no es motivo, no sé si habrá que felicitarle.

En segundo lugar, agradezco la comparecencia del señor Romay ante esta Comisión para informarnos de algunos de los aspectos del acuerdo entre el Ministerio y Farmaindustria. Efectivamente, se trata de un acuerdo que se enmarca en el plan de ahorro del gasto farmacéutico con financiación pública que pretende el Ministerio de Sanidad, y el Bloque Nacionalista Gallego quería dar su opinión al respecto.

Es un pacto que, en líneas generales, pretende ahorrar —como insiste el señor ministro— 65.000 millones de pesetas en el año 1998, una parte de los cuales procederían de aportaciones de los laboratorios, y otra parte de la introducción de genéricos, lista negativa, etcétera. En este acuerdo hay también unas contrapartidas que reciben las industrias como compensación, entre otras la prescripción por los médicos de aquellos fármacos que dejen de ser financiados y la liberalización de precios de los fármacos no financiados por el sistema público. Ya veremos, cuando concluya el año 1998, cuando se haga balance, cuál será el ahorro que obtendrá el sistema sanitario público como consecuencia de este acuerdo y, por tanto, cuánto ahorraron los ciudadanos sin merma de la calidad de la prestación sanitaria. Me parece que aquí empieza a haber una cierta confusión terminológica. Cuando hablamos de gasto farmacéutico estamos refiriéndonos normalmente al gasto farmacéutico que paga la sanidad pública; de lo que no hablamos nunca es del gasto farmacéutico de la población, cuánto gasta la población en fármacos. Creo que esos dos conceptos convendría irlos delimitando, porque se supone que las medidas que adopta el Ministerio van dirigidas a que, con la misma calidad asistencial, al ciudadano le cueste menos dinero la asistencia sanitaria pública. Como digo, estos términos me parece que sería conveniente aclararlos.

Es verdad también que el gasto farmacéutico financiado públicamente, o el gasto farmacéutico en general, debe preocupar a cualquier administración, desde luego partiendo del criterio de que todos los ciudadanos tengan acceso en condición de igualdad a los medios curativos que precisan y prescindiendo por tanto del gasto que resulta superfluo e innecesario, es decir, el que no sirve para mejorar su nivel de salud.

Dentro del ahorro que un sistema pueda tener, naturalmente se encuentra la reducción de los márgenes de beneficios, en algún caso muy importantes, en la cadena de producción y distribución de los medicamentos, pero también existen otras muchas medidas que raramente se discuten a fondo y menos aún se aplican con una cierta seriedad, como son la educación sanitaria de la población, la prevención, el funcionamiento de la atención primaria, donde muchas veces por falta de tiempo y medios probablemente se recete más de lo necesario, la coordinación entre la primaria y la especializada, la reducción de la lista de espera quirúrgica, que en ocasiones provoca el uso de medicamentos en esos períodos, en fin, pasando por el uso de esos envases adecuados al tiempo de prescripción o la prohibición de algunas técnicas publicitarias de algunos laborato-

rios, que todos conocemos, sobre los profesionales de la medicina. En resumen, yo creo que todo eso pasa por una buena gestión sanitaria.

En todo caso, las medidas que propone su Ministerio, a pesar de las reiteradas negativas del señor Romay, desde nuestro punto de vista, abren varias interrogantes, y mucho nos tememos —ojalá no sea así, porque se consigan los fines que el señor ministro dice que se van a conseguir— que no se consigan esos fines, esos objetivos que en principio se proponen, sino que en lo fundamental sirvan para transferir una parte del coste de farmacia a los ciudadanos.

Aunque sea marginalmente, quisiera expresar, en primer lugar, que me quede alguna duda de lo que se conoce del texto del acuerdo —ya lo conoceremos definitivamente—, porque se habla de que para la concreción de la aportación que hará cada uno de los laboratorios a este plan de ahorro, se negociará entre el Ministerio y cada uno de ellos. Yo creo que también sería importante aquí que, para una mejor transparencia de estas cuestiones, se conocieran cuáles son los criterios que el Ministerio va a seguir para realizar esa negociación con cada uno de ellos, porque luego sí que hay alguno al que le empieza a preocupar que esas negociaciones se hagan de uno en uno, etcétera, pero yo lo expreso de esta manera, porque creo que sería lo adecuado.

Quisiera también decir que si el anterior acuerdo con Farmaindustria no resultó tan positivo como se esperaba, tanto desde el punto de vista de ahorro del sistema como del usuario, a mí me parece que éste lleva el mismo camino.

Vamos a hablar de la lista negativa, porque, señor Romay, diga usted lo que diga, a estas alturas no parece aún de recibo que no se conozca cuál es la lista negativa. De su intervención a veces da la impresión de que primero se determina la cantidad a ahorrar y luego se adapta la lista de medicamentos que son necesarios para ese ahorro, lo cual es muy llamativo, porque sí que hay cuestiones publicadas respecto a que la lista negativa no va a ser tan amplia como en un principio se esperaba, lo cual es muy curioso, porque si lo que se va a excluir es una serie de medicamentos de la financiación pública que tienen baja utilidad terapéutica, lo que no acabo muy bien de entender es qué criterios se exigen para esa baja utilidad, si en unos momentos son más, en otros son menos, en función de negociaciones, parece ser que precisamente con Farmaindustria; por no hablar de que ya sería normal hacer un esfuerzo en el sentido de suprimir de los vademécum esos medicamentos de tan baja utilidad terapéutica, porque en el fondo lo que estamos haciendo es darle placebos a la población, y yo creo que eso de alguna manera es un engaño.

Por otro lado, señor ministro, hay cuestiones que usted dice que a mí me dejan sorprendido: por ejemplo, que son para síndromes menores, carentes un poco de importancia, y, luego, se hace una especie de acuerdo entre médico y paciente sobre el medicamento que le conviene. Perdón que le diga: si efectivamente los medicamentos que reciba un paciente tienen que ser por acuerdo entre el médico el paciente, ¡Dios mío!, a mí me resulta absolutamente estrambótico.

En fin, tanto la reducción de la amplitud de la lista negativa como la no desaparición de esos fármacos de utilidad terapéutica baja, desde luego puede parecer (yo no lo afirmo, pero puede parecer) que beneficia a aquellos laboratorios que dedican menos a investigación de nuevas moléculas, y a mí me resulta un poco preocupante. Además, estos medicamentos que están excluidos de la financiación sanitaria y que pueden ser casi inútiles, pueden seguir siendo prescritos por los médicos del sistema público, y esto es aún más sorprendente, ya le comenté antes algunas cuestiones. Realmente, señor ministro, si sirven de poco para resolver problemas de salud, ¿cómo el Ministerio puede consentir que se receten por el sistema público, y, encima, que lo paguen los usuarios, medicamentos que no van a resolver problemas de salud? A mí esto me sigue induciendo a pensar que se trata de proteger más que la salud el negocio de alguna gente. ¿Qué quiere que le diga? Ya veo que se ríe, y usted negará como siempre, tenemos ya experiencia, pero a mí me induce a pensar eso.

Por lo tanto, a mí me parece, señor ministro, que esto lo debería explicar con más profundidad. Igual es que determinados grupos o portavoces no entendemos bien esta cuestión, pero yo creo que debería haber un esfuerzo por su parte (dentro de esa explicación general a la población, que, pobrecilla, no entiende estas cosas, efectivamente) para que nos aclare a los demás grupos muchas dudas que aparecen aquí.

Además, señor ministro, también pasan otras cosas, hablando de gasto sanitario financiado y gasto general de la población. La anterior experiencia —eso lo sabemos todos— ocasionó algunos efectos perversos, negativos. Es evidente que hubo medicamentos excluidos que aumentaron de precio una vez que fueron excluidos de la financiación pública, medicamentos muy conocidos que yo no voy a citar, pero si es necesario también se citan. Curiosamente, ya había algunos que se prescribían por la misma empresa, con el mismo principio activo, que eran más baratos según fueran financiados o no, y con la liberalización de los precios de los fármacos mucho nos tememos que el asunto camine también bastante por ahí.

Para concluir, señor ministro, como siempre en nuestra larga experiencia de debates mutuos, le deseo el mejor de los éxitos, pero permítame que dude de que las medidas que se introdujeron para ese ahorro desde el punto de vista del gasto farmacéutico lo consigan.

En resumen, yo creo que deberían hacerse más esfuerzos en otros sentidos; desde luego mejorar la gestión mucho, buscar líneas nuevas como algunas que se citaron para incidir en la disminución real del gasto farmacéutico superfluo, pero con este acuerdo ya veremos qué porcentaje ahorra el sistema sanitario público; lo que sí va a hacer va a ser repercutir sobre el ciudadano una parte, cada vez mayor por cierto, de ese gasto farmacéutico. Eso sí que lo va a conseguir; el ciudadano pagará cada vez más una porción de ese gasto farmacéutico, y, si no, al tiempo.

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

La señora **ALMEIDA CASTRO:** Gracias, señor ministro, por su comparecencia, ya no le voy a decir a petición propia o a petición rogada antes, o a lo que quiera, pero ha comparecido y tenemos que responder.

Voy a empezar también dándole la enhorabuena al señor Astarloa. Ya le digo que creo que nunca hay que darla, pero se la voy a dar porque tengo una secreta ambición, y es que si su contacto jurídico con esta Comisión le ha hecho un experto en sanidad, que a mí me pase lo mismo, porque venir a esta Comisión y, encima, venir sin la información, venir con los datos de la prensa sobre lo que se ha firmado con Farmaindustria y no tener lo mínimo que debíamos tener y que además descubrimos que los tienen otros, nos parece un poco feo y difícil para poder aquí intervenir. Desde nuestro desconocimiento de la medicina, que no de los problemas de la sociedad (y yo creo que aquí más que medicina hay problemas de sociedad, y por eso podemos hablar de estos problemas), nos parece que todas las alegaciones de oscurantismo que se han hecho por otros grupos las tenemos también que referir nosotros.

Cuando se pide participar, no se viene a pedir la información sobre lo ya hecho, se quiere ayudar también a hacerlo. Es verdad que la cuestión de sanidad no sólo les afecta a los electores del PP, les afecta a todos los ciudadanos, a los que nos votan; a lo mejor a nuestro grupo menos, porque tenemos gente muy joven y a lo mejor está menos enferma, pero también les afecta a ellos; es decir, se está dando un concepto a la sanidad que la trabajamos entre todos. Por lo tanto, participar es tener preocupación por la ciudadanía que representamos, y nos parece que esa participación era necesaria. No se ha dado esa posibilidad, incluso, no conmigo, que no tengo una experiencia, pero por ejemplo con la señora Amador, que ha sido también ministra; una discusión a lo mejor hubiera ayudado, porque ya tiene experiencia; en fin, si hubiera habido cambios de impresión, hubiera salido una mayor racionalidad.

Es verdad que usted ha dicho a algunos de los portavoces que han hablado que los peores enemigos de la sanidad son el inmovilismo; a mí me gustaría decirle que a lo mejor es verdad eso, los inmovilistas; pero también son peligrosísimos los que se mueven mal, los que se mueven en mala dirección. Yo creo que aquí hay un movimiento en mala dirección también para este tema de la sanidad.

¿Cómo no vamos a esperar todos que haya una racionalización del medicamento, que haya menos consumo farmacéutico, si es una razón de salud, no de ahorro económico, de salud? Es verdad que racionalizar, educar a la población, gastar menos pero gastar lo necesario, investigar más, en vez de recetar, me parece que es importante, y ahí va a tener la ayuda. Pero que usted, que representa al usuario multinacional de este país, haga un apañío con las multinacionales, que sólo representan sus intereses propios, hace pensar que dan algo pero que reciben otras cosas. La impresión que tenemos de este oscuro pacto es que también hemos perdido algo, y es la posibilidad de racionalizar por ir a la posibilidad de ahorrar, y no se ahorra sólo en dinero, sino que se ahorra cuando se logra atacar de forma más eficaz la enfermedad. A mí me parece que en este terreno ha habido poco asesoramiento desde la parte de la in-

vestigación y médica y se ha ido más a la cuestión económica, a ver cómo me ahorro de los medicamentos y saco los 200.000 más que nos damos todos los españoles para esto.

Creo que se ha movido mal en esa dirección porque ha creado otra cosa, y es que se deja libertad para que lo que usted no da con la receta lo puedan dar los médicos al oído, recetando y convenciendo. Y la bondad de todos se supone, pero yo he venido dos veces a esta Comisión —ya voy a venir siempre que la haya— y una de ellas fue precisamente para denunciar un problema que hubo con médicos en Valencia y en Barcelona —y usted sabe que se había abierto expediente— por recetar al oído. Estamos en una situación de enfermedad y el médico sabe que el enfermo depende de él.

Le voy a contar una anécdota para que sepa cómo he vivido yo esta situación desde el punto de vista de una persona que (y yo, de verdad, no me creo tonta), haciendo uso de las llamadas que hace toda la medicina a su conciencia de mujer, se preocupa por la menopausia (que ya me viene por aquí) y decide revisarse. Me voy a la sanidad pública, porque tengo una confianza absoluta en ella, y me corresponde una doctora encantadora a la que le comento mis sofocos y calores que intento eliminar con un abanico, pero como ya es descarado lo del abanico le digo que me mande algo. Me manda unas pastillas, me explica que son estupendas, que son estrógenos, y me da una receta —y hasta ahora yo no había tenido nunca una receta—, pero como yo no entiendo ni sé la composición me voy a la farmacia, y al coger mi receta la farmacéutica me pone una cara rara y me dice que eso no lo paga la Seguridad Social. Yo me sentí un poco estafada porque no entendía cómo no la pasaba si me la había dado esta médica, pero como me puso una cara que me hacía parecer una estafadora que quería aprovecharse de un medicamento no incluido en la Seguridad Social, pagué 1.800 pesetas por las pastillas estupendas, y yo le juro que no se las había pedido a la médica, sólo le dije que tenía sofocos y que en vez del abanico me diera unas pastillas, y me encuentro con que tenía que pagar el cien por cien de esa medicina. No existían recetas blancas, a mí me la dio verde, las de siempre, lo único fue que me pusieron verde a mí en la farmacia diciéndome que eso no lo pagaba la Seguridad Social. Si ése es mi caso, que estoy informada de los derechos, imagínese un señor que va allí porque tiene a su hijo con una enfermedad tremenda y le dicen que hay un medicamento que pasa la Seguridad Social pero que al ser más barato es peor y le recomiendan otro, el más caro, y a lo mejor cuando le digan que va a tener que pagar 2.000 pesetas dirá que le den el más barato a su niño porque no se puede gastar ese dinero.

No nos gustaría que la población tuviera esa sensación, sino que diéramos la sensación de que estamos investigando lo mejor, que no nos llegaran noticias de que hay medicinas fuera, sino que las tenemos aquí y en la Seguridad Social, aunque cuesten más caras porque sabemos que son más eficaces. Creo que hacer esa lista de excluidas y no excluidas... Es decir, que yo no lo receto, porque me parece que esto vale tanto, pero se lo recomiendo y

hago un apaño con usted, porque, como ha dicho el compañero del Bloque Nacionalista Galego; estamos en una situación de dependencia del médico. Ocurre lo mismo con los abogados; es decir, al médico y al abogado todo el mundo va ignorando y lo deja todo en sus manos, y a mí me gustaría que la conciencia profesional fuera una parte del ahorro, que la información al cliente fuera una parte del ahorro, que la investigación en los medicamentos también lo fuera y que, desde luego, los genéricos que, según estamos viendo sería la mejor forma de no entrar en la competencia del medicamento sino en su eficacia, aumenten mucho más, pero que lo hagan de esa forma racional e investigadora que existe en otros países. A mí me parece que por ahí nos iríamos moviendo bien. A veces es mejor «Virgencita que me quede como estoy» a que me vayan poniendo por ahí. Yo le digo que no quiero ser de los inmovilistas —como dice usted— pero yo me quiero mover normal, y tendríamos que haber aportado muchas más ideas en esta Comisión, porque la sanidad afecta a todos los españoles y a todos los que representamos todos y cada uno de los diputados y diputadas que estamos aquí, todos los que queremos trabajar mejor para eso, todos los que queremos que los tantos nos los apuntemos los españoles y las españolas que usamos la medicina y, por supuesto, no el Gobierno.

Creo que ahí ha tenido, por un lado, oscurantismo y, por otro lado, una negociación no basada en criterios de avance científico y de salud sino en ahorro economicista, siendo además un ahorro economicista que lo deja para que la población se sienta indefensa ante la posibilidad de que, a través de la receta del médico —y eso se puede dar porque hay muchos laboratorios que hacen unas ofertas estupendas, de relojes, viajes, etcétera, que no tienen nada que ver con la medicina pero sí con las recetas que hay—, nos estemos cargando la confianza en un sistema para convertirlo en un apaño entre médicos y clientes. Me parece mal, y para nosotros la mejor respuesta no hubiese sido decir me voy ahorrar tantos millones, sino que he conseguido que los mejores medicamentos para las enfermedades que sufre la población, los más viejos y los de la fibrosis quística —precisamente coincidimos, señor ministro, en un homenaje a una doctora muerta que se dedicaba a eso y hablé con los enfermos de fibrosis quística—, todas esas medicinas para crónicos tengan el apoyo de la población, de la ciudadanía y del Estado. Me parece que hubiera sido mejor ir en esa dirección. Finalmente, nosotros también manifestamos nuestra protesta porque, sí ya es difícil discutir sin documento, nos parece bochornoso que algunos, porque son amiguetes, lo puedan tener y otros que somos tan representantes de los ciudadanos como los demás no tengamos esa información. Creo que ése es un reproche que tenemos que hacerle, y si tenemos que mandar con póliza la solicitud se la mandamos, pero espero que con el reconocimiento del error nos mande usted los documentos para que nosotros podamos tener más información para los ciudadanos que representamos.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Estoy también de acuerdo con el señor Vázquez, mi paisano, en que una política de racionalización del medicamento tiene mucho que ver con la educación sanitaria de la población, con la mejora de los servicios en atención primaria y con esa mejor relación entre la primaria y especializada, y en esa línea estamos trabajando. No descuidamos la educación sanitaria, desde primaria se está colaborando muy activamente en todos estos procesos, y en esa línea estamos completamente de acuerdo.

El texto del acuerdo lo tienen algunas administraciones, aquellas con competencias sanitarias, porque lo tienen que firmar. Lo voy a mandar, inmediatamente a todos los grupos, pero no se ha mandado a unos grupos sí y a otros no, sino que se ha mandado a las administraciones sanitarias con competencias de sanidad porque lo tienen que firmar; es algo tan elemental como eso, porque ése es un acuerdo de todos con la industria farmacéutica. En fin, inmediatamente voy a mandar el texto del acuerdo a todos los grupos, ya que no tenemos ningún interés en retener esa información. Por otra parte, la memoria no me permite retener todas las cosas y por eso prefiero que se me concreten las peticiones para no quedar mal si se me olvida alguna; no lo hago con ánimo de dilatar el envío de esa información, en absoluto pretendo eso.

El anterior acuerdo fue eficaz, cumplió su cometido, pero no fue suficiente y naturalmente hemos tenido que poner sobre la mesa nuevas iniciativas para conseguir el objetivo que buscábamos de garantizar la financiación del Sistema Nacional de Salud con las prioridades que todos asumimos. Agradezco también al señor Vázquez que haya expresado claramente su apoyo a la posibilidad de suprimir algunos medicamentos si no tienen la utilidad terapéutica correspondiente. Por lo tanto, comparto con él la idea de que en estos casos no está justificada la financiación pública; cosas distintas es que sigan en el mercado, bien porque sirven para síndromes menores, por ejemplo, en cuyo caso no veo inconveniente en que se acepte que el médico lo siga recetando, siempre que el paciente sepa que en esos casos la financiación es íntegramente suya. Creo que con esta información clarificada y puesta sobre la mesa no pasa nada porque esto se produzca de esta manera.

También agradezco al señor Vázquez que me desee éxito en estas medidas. Creo que hemos avanzado en relación con la prestación farmacéutica; antes me referí a lo que ya hemos conseguido, aun sin estas medidas, para reducir el crecimiento del gasto farmacéutico, que era algo que amenazaba con poner en cuestión los equilibrios financieros del sistema. El crecimiento en el Insalud este año es del 4,7 y en el Sistema Nacional de Salud es un poco superior, pero también claramente inferior al de años anteriores, y eso es consecuencia de todas las medidas que se han puesto en práctica incluidas esas a las que se refiere el señor Vázquez de colaboración de los servicios sanitarios para una racionalización de esta prestación que es fundamental. Esta cifra de los 32.000 millones no es una cifra que hayan fijado los economistas, es la que sale de la contemplación global de estos grupos terapéuticos de los que

estamos hablando, pero que está pendiente del último refinamiento y de la última concreción para poder hacerla pública y tramitarla en la forma adecuada.

La señora Almeida me ofrece su participación, que yo agradezco. Ese documento lo va a tener su grupo inmediatamente y estoy de acuerdo con ella en que si es malo el inmovilismo también lo es avanzar en una dirección incorrecta. Hay unos versos preciosos de Manuel Machado: Camino que no es camino / está de más que se emprenda / porque más nos descarría cuanto más lejos nos lleva. O sea, hay que tratar de elegir bien la dirección del cambio para no descarrarse, pero si el cambio es en la buena dirección —y estamos en eso—, permite mantener vivas las instituciones, que resistan el paso del tiempo y eso es lo que debemos intentar entre todos respecto a nuestro Sistema Nacional de Salud, porque incorpora valores esenciales en la convivencia de nuestra comunidad, de nuestra sociedad, valores de cohesión social que hay que preservar y valores que tenemos que mejorar en orden a la eficacia y a la eficiencia de su gestión.

El ahorro y la racionalización tienen mucho que ver. Éste es un ahorro que queremos hacer racionalmente, excluyendo medicamentos que en una parte se corresponden con medicamentos de limitada utilidad terapéutica y en otra parte con medicamentos que se refieren a síndromes menores y, por tanto, no está justificada su financiación pública. Eso forma parte del intento de racionalización de este consumo que buscamos de otras maneras también, con los protocolos a que se refería el señor Vázquez, con la mejor información de nuestros profesionales, con todas estas ideas que afortunadamente están dando ya algunos resultados alentadores.

En cuanto a la receta blanca, ya he dicho lo que tenía que decir. En relación con los genéricos, me precio de haber impulsado esas políticas de una manera muy efectiva, de forma que en muy poco tiempo hemos podido aprobar ya 85 medicamentos genéricos —no es nada sencillo— y estamos en condiciones de seguir avanzando en esa dirección a un ritmo que se compara con ventaja con los ritmos con que manejan este mismo proceso otros países con los que nos comparamos. Ahí estamos trabajando con diligencia para ofrecer cuanto antes al sector un número muy significativo de genéricos que afectan a principios activos de alto consumo (no estamos hablando de principios activos de bajo consumo). Los treinta principios activos de los 85 genéricos que hemos aprobado tienen un mercado de 140.000 ó 150.000 millones, lo que da idea de los productos de los que estamos hablando, que no son productos de poco consumo, sino de mucho consumo. Por tanto, confío en que la incidencia de estas medidas en la economía del gasto que se deriva de ahí —y como S. S. sabe, sin merma de la calidad para la atención que se da a los pacientes— puede redundar en la solución de estos problemas de financiación de nuestro Sistema Nacional de Salud que a todos nos interesan tanto.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Vázquez.

El señor **VÁZQUEZ VÁZQUEZ** (Don Guillermo): Voy a ser muy breve.

Agradezco al señor Romay su contestación y más aún que estemos casi de acuerdo en todo, en cómo resolver este problema sanitario. De todas maneras, le sigo insistiendo en una cosa, no por criticar nada. Se trata del tema de la lista negativa, que pienso que hay que reconsiderarla. Usted sigue hablando de los síndromes menores, ¿pero qué es un síndrome menor? ¿Es un dolor de cabeza, por ejemplo? ¿La aspirina es útil terapéuticamente para ese dolor de cabeza? Porque si es así, lo es, y si no es útil habrá que retirarlo por inútil, porque si no estamos en una confusión. En todo caso, a los medicamentos con utilidad terapéutica baja supongo que los irán sustituyendo otros medicamentos con una mejor utilidad terapéutica y deberían ser los que debiera financiar en todo caso la Seguridad Social.

Asimismo, quiero insistirle en otra cuestión, en los efectos perversos de esto, y así deberíamos contemplar el gasto farmacéutico de la población. Siempre hablamos del gasto farmacéutico financiado públicamente, pero el problema es: ¿Con estas medidas la población en general gasta en farmacia más o menos? Me parece que con estas medidas se incrementa el gasto o el coste que la atención farmacéutica le ocasiona al ciudadano en este caso y, por tanto, a la sanidad. Ya vimos —e insisto— cómo un grupo de medicamentos conocidos, publicitados ahora mucho más, etcétera, sufrieron un incremento de precio en el mercado desde que dejaron de ser financiados públicamente y son medicamentos de amplio uso por la población, con lo que estamos repercutiendo el coste en el ciudadano. Eso lo veo así y esta cuestión sigue siendo motivo de reflexión.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Almeida.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Voy a tardar muy poco.

En ese camino que vamos a emprender hacia lo correcto este acuerdo nos parece más economicista que de investigación y protección de la ciudadanía. La ciudadanía se siente atacada, no se sabe todavía por dónde, pero lo va a descubrir rápidamente y, sobre todo, si tiene que apañar con algún médico el uso poco necesario para que le recomiende la receta blanca en vez de la verde o la roja. En cualquier caso los españoles se sienten preocupados con este tema y, además, no ha ido acompañado por un esfuerzo mayor en la educación médica, en los propios profesionales, en la transferencia a los ciudadanos de la confianza. No es que quiera que usted se esfuerce en la publicidad, porque a lo mejor así hay más desconfianza hacia usted, pero sí creo que lo terrible en la medicina no trata de un partido u otro, sino de la sensación de la ciudadanía de que se le van mermando prestaciones, porque eso es negativo para la consideración de la democracia y de los derechos de los ciudadanos. En ese sentido ha habido un equívoco esfuerzo economicista, pero no de esfuerzo educador en el sentido que decíamos de que ahorrar no significa evitar dinero, sino racionalizar la actividad. De ahí sacamos más beneficio de futuro que en la inmediatez del ahorro de Farmaindustria que parece hecho un poco así.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señor Vázquez, sólo quiero darle un argumento en relación con su preocupación en cuanto a alcance de estas medidas sobre el gasto farmacéutico. Si estas medidas llevarán consigo un aumento del gasto global en medicamentos, como los medicamentos los produce la industria farmacéutica, la misma industria tendría interés en este tipo de medidas porque sus ventas aumentarían. No es ciertamente el caso, lo que quiere decir que las cosas no son en el sentido que usted teme y por eso creo que le puedo tranquilizar.

A la señora Almeida tengo que decirle que éste no es un ahorro economicista porque los ahorros que consigamos con estas medidas no son para el Tesoro, son para que podamos hacer otras cosas prioritarias en sanidad. Estoy convencido de que la ciudadanía verá bien que dejemos de gastar en estas cosas y gastemos en lo que se demanda más y es más necesario. En este año hemos ahorrado en el In-salud 22.000 millones en la prestación farmacéutica, sin merma de la calidad. Eso nos ha permitido mayor actividad quirúrgica, reducir las listas de espera, ampliar los servicios por la tarde en muchos centros de salud. Creo que la ciudadanía prefiere estos otros destinos de los recursos sanitarios y no la forma en que se venía gastando en materia de medicamentos, que estaba por encima de los niveles de los países de nuestro entorno con los que nos comparamos.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, quiero unirme a la bienvenida que han formulado todos los grupos a esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados al señor Astarloa.

A continuación, mis palabras tienen que ser de saludo y agradecimiento al ministro de Sanidad, pero no atendiendo a lo que puede ser cortesía parlamentaria por parte del grupo al que pertenece el Gobierno de la nación, sino en base a tres o cuatro motivos que son fundamentales y se han puesto de manifiesto a lo largo de la sesión de esta mañana. Nosotros creemos que la negociación llevada a cabo por la Administración sanitaria, por el Ministerio de Sanidad, con la industria farmacéutica ha sido magnífica en el tiempo y en la forma. Creemos que los acuerdos a los que se ha llegado tras esta negociación son importantes, satisfactorios para las administraciones públicas y para la Administración sanitaria y, sobre todo, satisfactorios para los ciudadanos de nuestro país. También tenemos que poner de manifiesto, lógicamente, la rapidez con que el Gobierno ha solicitado la comparecencia en esta Comisión. Hemos oído a lo largo de esta mañana intervenciones de algunos o algunas portavoces, fundamentalmente, con respecto a si tendría que haber comparecido antes de la firma. Nosotros ponemos en duda que la responsabilidad del Gobierno, del Ministerio de Sanidad en este caso, y las competencias que

deben asumir los gobiernos a la hora de entrar en negociaciones con cualquier sector de nuestro país, tenga que ser previo acuerdo con una comisión de una cámara parlamentaria. Creemos que dentro de su responsabilidad y dentro de sus competencias es donde el Gobierno tiene que negociar, llegar a acuerdos —en este caso con la industria farmacéutica— y luego transmitirlos, que es lo que se ha hecho a lo largo de esta mañana.

También queremos agradecerle no solamente, como decía, la negociación, los acuerdos, sino el resultado a posteriori que nosotros creemos que van a tener estos acuerdos con la industria farmacéutica, dentro de lo que es una política global del medicamento, una política global del gasto farmacéutico, fundamentalmente del ahorro en el gasto farmacéutico. Creemos en las repercusiones sanitarias, económicas, como acaba de decir el ministro ahora, pero no entendiéndolas como economicistas, sino económicas, porque el ahorro que supone el gasto farmacéutico, en los miles de millones a que ascienda en el momento en que se den las cuentas, repercute en nuevas inversiones en el sistema sanitario. No hay que olvidar que cuando se tomaron medidas por anteriores administraciones públicas esos ahorros en el gasto farmacéutico, que en algún momento se produjeron, iban a actuar contra el déficit público. Es un proyecto del Gobierno, y del ministro en concreto, que todos aquellos ahorros que se produzcan en el gasto farmacéutico vayan hacia la mejora de la inversión y todos los servicios sanitarios de nuestro país. Por lo tanto, son repercusiones en política general, desde el punto de vista social, y la ayuda a la industria farmacéutica en nuestro país es una política general del desarrollo industrial. Por ello, señor ministro, le felicitamos por el acuerdo a que ha llegado; creemos que realmente es muy satisfactorio, como decía antes, y también le tenemos que felicitar y agradecer, lógicamente, la disponibilidad para comparecer en esta Comisión.

El ministro ha iniciado, yo creo que de una forma concisa, como en él es habitual, en los aspectos más importantes del acuerdo, estableciendo las diferentes aportaciones de la industria farmacéutica en los próximos dos años a lo que es la Administración pública sanitaria.

También quiero manifestar mi sorpresa por algunas declaraciones de ilustres diputadas que ahora no están presentes en la Comisión. Parece ser que nos quieren sorprender con el año nuevo y efectúan críticas, pues dicen al Gobierno que trabaja demasiado y que nos van a hacer trabajar demasiado a los diputados. Bienvenido sea que el Gobierno trabaje y bienvenido sea que nos hagan trabajar a los diputados. Me llama la atención —y es mi sorpresa— que esas declaraciones las haya hecho la diputada que, según los medios de comunicación, al terminar el período de sesiones anterior fue galardonada, si se puede llamar así, con el premio al diputado o a la diputada más trabajadora de la Cámara. Me llama la atención que haya hecho esas manifestaciones. También me llama la atención el hecho de que se critique que el acuerdo entre Farmaindustria y el Gobierno o la Administración sanitaria no esté en poder de algunos grupos parlamentarios. Ha explicado perfectamente el ministro que se ha transmitido a otras administra-

ciones públicas, que son las que también deben firmar ese acuerdo. Igualmente, me ha llamado la atención que después de decir la diputada en repetidas ocasiones que no tenía ese acuerdo, haya leído textualmente algunos de los párrafos del mismo, lo que hace entrar en contradicción a esa ilustre diputada.

Señor presidente, me voy a remitir, de una forma breve, a lo que es el acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y la industria farmacéutica, pero fundamentalmente creo que hay que hacer referencia a lo que ha sido, a lo largo de toda la legislatura, fundamentalmente en los dos años que llevamos —se puede decir que estamos en el ecuador de esta legislatura—, el debate sanitario. En los 18 ó 20 meses de debate sanitario en esta legislatura ha habido un tema protagonista, como SS. SS. saben, que ha sido el debate en la subcomisión de Sanidad sobre la consolidación y modernización del sistema sanitario. Al final, cuando ya se había llegado a unos acuerdos en esa subcomisión, donde unos partidos políticos han participado activamente —unos se incorporaron al principio y luego se desmarcaron por criterios que ellos consideraron suficientes para ausentarse de esa subcomisión—, el Gobierno consiguió un acuerdo, dentro del marco lógico del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que era la financiación del sistema sanitario. Se ha dicho esta mañana y lo ha repetido el ministro; se le ha criticado porque parece ser que hay dos gobiernos de comunidades autónomas que no han firmado ese acuerdo de financiación, bien es verdad que no lo han firmado seguramente porque atienden a otros criterios distintos de lo que puede ser la gestión sanitaria, porque aquellas comunidades que tienen transferida la gestión, indistintamente del color político al que pertenecen, lo firmaron y parece ser que por las declaraciones públicas que hicieron estaban satisfechas.

Uno de los aspectos de los acuerdos de financiación, dentro del marco del Consejo de Política Fiscal y Financiera, pretendía que se llevara a cabo un ahorro en el primer año, dentro de lo que es el gasto farmacéutico, de 65.000 millones que, como antes decía, no solamente suponía el ahorro en sí mismo, sino que se derivaba a nuevas inversiones del sistema sanitario. A partir de este acuerdo, dentro del marco del Consejo de Política Fiscal y Financiera, el Ministerio establece cuáles son las vías por donde la Administración española, la Administración sanitaria, puede ahorrar en el gasto farmacéutico.

La mayor parte de SS. SS. conocen que el abanico de posibilidades para ahorrar en el gasto farmacéutico no es muy amplio, sino reducido, y que el Gobierno del Partido Popular ya había tomado medidas en los años anteriores. Se habían implantado los genéricos, se habían establecido los precios de referencia; se había llegado a un acuerdo con las oficinas de farmacia para que contribuyeran; se llegó a un acuerdo con el conocido decreto de márgenes y anteriormente se habían tomado otras medidas por administraciones sanitarias anteriores, como el decreto de financiación selectiva, que era una de las vías de la ampliación de ese decreto de financiación, y quedaba el acuerdo con Farmaindustria. El acuerdo de Farmaindustria hay que recordar que tiene dos antecedentes inmediatos en las adminis-

traciones públicas españolas, de la Administración sanitaria con esta industria farmacéutica, uno de ellos firmado por el anterior gobierno en julio del año 1995. Cuando se hacen reproches al ministro o al Gobierno en general sobre cómo se firman ciertos acuerdos, hay que volver a hacer referencia a cómo se firmó el acuerdo de financiación del año 1993, creo recordar. Se firmó en el mes de octubre con efectos retroactivos a 1 de enero. Con esa misma forma de actuar, la administración anterior firma el primer acuerdo con la industria farmacéutica, en julio del año 1995, pero con efectos retroactivos de 1 de enero de 1995; es decir, el gobierno que en ese momento existía en este país firma un acuerdo con efectos retroactivos y sin ningún tipo de explicación. Yo no recuerdo que en la anterior legislatura la ministra compareciera aquí para explicar el acuerdo que había firmado con la industria farmacéutica; no recuerdo que la ministra compareciera aquí para explicar el acuerdo de financiación del sistema sanitario. Es posible que algunas manifestaciones las podamos hacer cualquiera de los miembros que pertenecemos a esta Comisión, pero seguramente hay un diputado o una diputada que no puede hacer las manifestaciones que realiza, teniendo en cuenta las responsabilidades anteriores. En julio de 1996, inmediatamente después de tener responsabilidades de gobierno, el Gobierno del Partido Popular firmó un acuerdo con la industria farmacéutica, que está vigente en estos momentos y que a la entrada en vigor del acuerdo al que hoy nos remitimos lógicamente quedará derogado.

Señor presidente, creo que no soy el indicado para establecer alguno de los puntos de los acuerdos que se han dicho aquí por parte del ministro. Se ha hecho referencia a la diferencia de lo que supone el ejercicio del año 1998 y el del año 1999; lo que supone el ahorro, desde el punto de vista de la aportación de la industria farmacéutica, con medidas como la potenciación del uso de genéricos, aplicación de precios de referencia, como anteriormente hemos citado, y la contribución de la industria farmacéutica en unos números que se han puesto de manifiesto por parte del ministro a lo largo de esta mañana.

Hay que hacer referencia a algunas otras cosas. Otro de los acuerdos que se ha conseguido con la industria farmacéutica ha sido mantener la disminución del 3 por ciento como media de los medicamentos en nuestro país, que era una de las cuestiones en que la industria farmacéutica —aquí parece ser que sólo se vela por ciertos intereses— tenía un interés cierto en que no se llevara a cabo. Esa disminución se ha mantenido, se ha prorrogado. También hay que decir que los precios de los medicamentos en nuestro país están por debajo de la media del precio de los medicamentos en los países de la Unión Europea.

Ésta es, señor presidente, señoras y señores diputados, la política farmacéutica del Gobierno del Partido Popular desde el punto de vista de lo que es tomar medidas que no vayan en perjuicio de los ciudadanos, sino que mantengan la seguridad de un sistema sanitario como el español; un sistema sanitario bueno —lo he repetido en múltiples ocasiones tanto cuando éramos partido de oposición como cuando somos partido que apoya al Gobierno— (**Risas.**), como el que hay en nuestro país. Además lo único que ha

hecho el Gobierno, entre otras cosas, ha sido aplicar algunos de los mandatos legislativos que existían anteriormente. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a la Ley del Medicamento, donde en el artículo 94 se establecen los criterios sobre financiación pública de medicamentos, utilidad terapéutica y social de los mismos. También hay que hacer referencia a uno de los acuerdos de la subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, donde se diferencia lo que es el registro de los medicamentos y la financiación por parte de la Seguridad Social.

Se han criticado a lo largo de esta mañana algunos de los aspectos de lo que se denomina listas negativas. Da lugar a cierta perplejidad que algunos grupos parlamentarios critiquen el establecimiento de estas listas negativas cuando ellos habían sido los que habían tomado la iniciativa. Nosotros, como decía antes, no somos partidarios solamente de reducir el gasto, sino de ir hacia un uso racional del medicamento y, por supuesto, para que haya un mejor uso racional del medicamento hay que tener una buena política sanitaria desde el punto de vista de lo que es la relación entre el médico y el paciente: mejora en la atención desde el punto de vista del tiempo dedicado por el médico a los usuarios del sistema, disminución de listas de espera, y mejora en las inversiones sanitarias. Es decir, todo eso es uso racional del medicamento, todo eso es una política global sanitaria, que es lo que está haciendo el Gobierno.

Creo que a iniciativa de algún diputado del Grupo Mixto se ha hablado de que en otros países de la Unión Europea donde sí existen listas negativas —el ministro lo ha dicho y yo se lo había oído anteriormente—, también existe lo que se denominan listas positivas, pero nosotros no vamos por esa vía. Existió en nuestro país hace ya muchos años, en etapas preconstitucionales, lo que se llamaba el petitorio del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Nosotros, lógicamente, en ningún momento hemos hecho ninguna indicación de ese tipo, pero también hay que ser consciente de que eso existe en otros países.

Señor ministro, a mí me parece que también es obligado contestar a algunos de los ilustres diputados y diputadas que han intervenido anteriormente cuando vuelven —yo no creo que sea con intención— a falsear los datos. Yo creo que es desconocimiento, pero sin mala intención. Entre los años 1996 y 1997 el crecimiento del gasto farmacéutico ha sido del 16 por ciento, no del 20. El 20 por ciento fue en los años 1994 y 1995. En el año 1996 —hubo un momento transitorio con un gobierno en funciones— el incremento de gasto farmacéutico fue entorno al 11,5 por ciento y en el año 1997, año totalmente gobernado por el Partido Popular, el ministro ha dicho que ha sido del 4,63. Eso suma en torno al 16 por ciento. Yo creo que las medidas de política sanitaria que ha tomado el Gobierno, no solamente en cuanto a acuerdos con diferentes sectores del sector de farmacia sino también desde la industria, desde los farmacéuticos, han dado lugar a que el aumento del gasto farmacéutico en 1997 sea, como decía antes el señor ministro, del 4,63 por ciento y no las cifras que se han dado anteriormente.

Señor presidente, para terminar nosotros concluimos con que es una magnífica noticia lo que hoy nos ha mani-

festado el señor ministro de Sanidad en su intervención. Vemos que el Gobierno que hay en nuestro país, en concreto el Ministerio de Sanidad, tiene una gran disponibilidad para llegar a acuerdos con todos los sectores, como se ha puesto de manifiesto a lo largo de los dos años escasos de legislatura. También quiero resaltar la responsabilidad de ciertos sectores industriales, en este caso de la industria farmacéutica, que han tenido intención clara de colaborar con el Gobierno para que la política farmacéutica del Gobierno sea una política en beneficio de los ciudadanos y no repercuta en el nivel asistencial de los ciudadanos. Es por todo eso por lo que el Grupo Popular manifiesta una gran satisfacción no sólo porque es el Gobierno de su partido el que consigue estos acuerdos sino, sobre todo, porque son medidas que van a mejorar de forma manifiesta lo que es la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica en particular.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar, señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Quiero agradecer al diputado señor Villalón y a todo el Grupo Popular su apoyo a esta iniciativa del Gobierno y a esta medida, así como el apoyo que permanentemente nos presta, sin el cual sería imposible llevar a cabo las tareas de Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de levantar la sesión quiero agradecer a todos los portavoces la buena acogida que han tenido hacia nuestro nuevo letrado el señor Astarloa, firmemente convencido de que él está en la misma onda que quien les habla en cuanto al agradecimiento. A su vez quiero que conste en acta nuestro agradecimiento, por la labor que nos prestó durante su estancia con nosotros, al letrado señor Peña. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**) Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.