



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 381

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 19

celebrada el miércoles, 18 de febrero de 1998

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Castellón Leal), para informar sobre:

- La alarma producida por el anuncio de venta fraudulenta de carne británica embargada a causa de la enfermedad de las «vacas locas», así como las medidas de control sanitario y de calidad adoptadas en nuestro país para garantizar la salud y confianza de nuestros consumidores. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000323) 11222
- Medidas adoptadas para proceder a la identificación de todos y cada uno de los pacientes que han podido recibir el medicamento Amerscan Pulmonate II, en cuya fabricación pudieran haber sido utilizados los lotes identificados por la Agencia Británica del Medicamento por su contaminación con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 213/000517) 11222

	Página
Comparecencia del señor ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría) para informar sobre:	
— La lista de medicamentos excluidos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000548)	11239
— Las denominadas «listas negativas» de medicamentos, como resultado de la ampliación del decreto de financiación selectivo de medicamentos. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 212/001219)	11239
— Criterios con los que se ha elaborado la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 213/000553)	11239
— Razones por las que la reciente decisión gubernamental de excluir de la financiación pública más de mil medicamentos merece la clasificación de «supermedicamentazo», para distinguirlo, por sus notables diferencias, de medidas de anteriores gobiernos, e informar asimismo de los efectos que dicha decisión va a tener sobre la salud y la economía de millones de ciudadanos de nuestro país, especialmente los de rentas más bajas. A solicitud del Grupo Parlamentario Mixto (Número de expediente 213/000558)	11239

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

El señor **PRESIDENTE:** Buenos días, señorías. Damos comienzo a la sesión de la Comisión.

En primer lugar, por acuerdo de los portavoces de la Comisión, queremos que conste en acta nuestra condolencia por el fallecimiento de don Fernando Abril Martorell, un hombre conocido de todos, que ha colaborado tanto y tan intensamente durante muchos años en pro de la sanidad, desde el famoso informe Abril y también con su última comparecencia en esta casa, hace menos de un año, con motivo de las reuniones de la subcomisión para la reforma de la sanidad. Si es así el sentir de los portavoces, quiero que conste en acta la condolencia de todos los miembros de la Comisión. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**)

Muchas gracias.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL), PARA INFORMAR SOBRE:

— **LA ALARMA PRODUCIDA POR EL ANUNCIO DE VENTA FRAUDULENTO DE CARNE BRITÁNICA EMBARGADA A CAUSA DE LA ENFERMEDAD DE LAS «VACAS LOCAS», ASÍ COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL SANITARIO Y DE CALIDAD ADOPTADAS EN NUESTRO PAÍS PARA GARANTIZAR LA SALUD Y CONFIANZA DE NUESTROS CONSUMIDORES. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000323).**

— **MEDIDAS ADOPTADAS PARA PROCEDER A LA IDENTIFICACIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE HAN PODIDO RECIBIR EL MEDICAMENTO AMERSCAN PULMONATE II, EN CUYA FABRICACIÓN PUDIERAN HABER SIDO UTILIZADOS LOS LOTES IDENTIFICADOS POR LA AGENCIA BRITÁNICA DEL MEDICAMENTO POR SU CONTAMINACIÓN CON LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 213/000517).**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a dar la bienvenida a don Enrique Castellón, subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, que comparece a petición del Grupo Socialista del Congreso y del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Por acuerdo de la Mesa y portavoces, las dos comparecencias pedidas por los grupos se subsumen en una. También quiero comunicar a los miembros de la Comisión que se pospone para una reunión posterior otra comparecencia, del subsecretario de Sanidad y Consumo, a petición de Izquierda Unida. De acuerdo con su portavoz, se pospone para una próxima reunión.

La comparecencia del Gobierno ante la Comisión de Sanidad y Consumo, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, es para informar acerca de la alarma producida por el anuncio de venta fraudulenta de carne británica embargada a causa de la enfermedad de las vacas locas, así como las medidas de control sanitario y de calidad adoptadas en nuestro país para garantizar la salud y confianza de nuestros consumidores.

La del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida es para dar cuenta de las medidas adoptadas para proceder

a la identificación de todos y cada uno de los pacientes que han podido recibir el medicamento Amerscan Pulmonate II, en cuya fabricación pudieran haber sido utilizados los lotes identificados por la Agencia Británica del Medicamento por su contaminación con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señor presidente, señorías, es un motivo de satisfacción comparecer nuevamente ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para informar a SS. SS. acerca de las noticias que aparecieron el pasado mes de julio en diferentes medios de comunicación sobre la posible importación de carne de vacuno procedente de otros países de la Unión Europea, que podría estar afectada por la enfermedad denominada encefalopatía espongiforme y sobre lo que, a mi juicio y espero que también al de SS. SS., ha sido la rápida, rotunda y coordinada respuesta que, ante este suceso, se ha dado por parte de las autoridades sanitarias de nuestro país, tanto centrales como autonómicas.

Para aproximar a SS. SS. a lo que fueron estos hechos y a las acciones que se desarrollaron a partir de los mismos, voy a efectuar a continuación una descripción cronológica breve de los principales acontecimientos y de las medidas que, en su caso, se tomaron por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas.

Como SS. SS. conocen, el día 2 de julio tuvimos conocimiento de la declaración a la prensa, realizada por la comisaria europea señora Bonino, sobre la sospecha de que carne de vacuno, de procedencia inglesa, a través de una empresa de Bélgica, hubiera podido romper el embargo fijado por la decisión de la Comisión 96/239, de 27 de marzo de 1996, que fue modificada, como saben, por la decisión de la Comisión 96/362, de 11 de junio, y haberse destinado a países terceros y a algunos Estados miembros entre los que se citaba a España.

Nada más recibir esta noticia, la Dirección General de Salud Pública, del Ministerio de Sanidad y Consumo, notificó a todas las comunidades autónomas, a través del sistema coordinado de intercambio rápido de información, también conocido como red de alerta, así como a los coordinadores de los servicios periféricos y jefes de los servicios de sanidad exterior que, hasta no disponer de datos más concretos, se procediera a la inmovilización cautelar de cualquier partida de carne de vacuno que se localizara en el ámbito territorial de cada comunidad autónoma, procedente de cualquier establecimiento de Bélgica o con la marca sanitaria de dicho país. Ese mismo día 2 de julio, y ante nuevos indicios, se extendió esta acción a las carnes procedentes de los Países Bajos. Por tanto, en el mismo momento en que tuvimos noticia de la supuesta importación ilegal de carne de vacuno inglesa, se puso en marcha el mecanismo preciso para proceder a la intervención de todas las partidas sospechosas de carne que pudieran encontrarse en territorio español.

El día siguiente, es decir el 3 de julio, en el Comité Veterinario permanente de la Unión, que se celebró en Bruselas, la delegación española solicitó información a la Comisión sobre este asunto, exigiéndola en el plazo más breve posible, dada la alarma que se había generado en la población y el extraño procedimiento seguido por la Comisión al informar antes a la prensa que a los Estados miembros.

Debo decir a SS. SS. que, en dicha reunión, las explicaciones dadas por la Comisión fueron escasas e inconcretas. Quizá, como hecho relevante, habría que señalar únicamente que los Países Bajos informaron oralmente de que el día 23 de abril sospecharon de un envío que, procedente de Egipto, iba con destino a Rusia. Se inspeccionó la carga de carne, con sellos belgas, y se detectaron sellos ingleses, en concreto del establecimiento británico número 5.058, por lo que se procedió a la inmovilización de 142 toneladas de carne de vacuno. Esto fue notificado a la Unidad comunitaria de Lucha contra el Fraude y a las autoridades veterinarias belgas y británicas. Se trataba de carne congelada en trozos, con marcas y certificados belgas de los establecimientos números 101 y 829.

La representación de los Países Bajos señaló igualmente que las investigaciones judiciales seguirían su curso y que continuarían informando a la Comisión y a los Estados miembros a medida que se dispusiera de más datos. De la misma manera, en el Comité Veterinario permanente se entregó un resumen de las conclusiones de una visita de inspección al Reino Unido, realizada con fecha 30 de junio de 1997 por la Comisión Europea, en el que se ponen de manifiesto deficiencias de los controles que se realizan en el Reino Unido en relación con la carne de vacuno. Desde este mismo día 3 de julio, insisto, es decir al día siguiente de conocerse oficialmente los hechos, las autoridades del Ministerio de Sanidad y Consumo iniciaron un estrecho contacto con la Embajada de Bélgica en España solicitando información sobre el estado de las instalaciones y los controles que se realizan en determinados establecimientos belgas, en concreto en lo concerniente a establecimientos de los que he hecho mención hace un momento y de los que se había localizado carne en España. Estos contactos se han mantenido e intensificado durante todo el tiempo que ha durado el incidente.

También el mismo día 3 de julio, tanto desde nuestra representación diplomática como desde los servicios de la Comisión, se nos informó de que la supuesta implicación española en la importación irregular de carne de vacuno inglesa se había efectuado a través de una empresa llamada Guinaco, pudiéndose comprobar que, en realidad, se trata de una empresa de Guinea Ecuatorial sin filiales en España, lo que nos lleva a concluir que no ha habido ninguna empresa española implicada en este proceso. Estos extremos se confirman en el informe que la comisaria Bonino presentó al Parlamento Europeo en fecha 14 de julio.

Siguiendo la secuencia de los hechos, el Ministerio de la Salud Pública y Medio Ambiente de Bélgica aportó el día 4 de julio una comunicación escrita en la que se nos daban garantías sobre cuatro empresas belgas que habían puesto en marcha un sistema de control integral de su producción que permite establecer la trazabilidad de los ani-

males y controlar así el origen de los terneros sacrificados para carne. Asimismo, se reseña que las empresas F-101 y F-829 están implicadas en un procedimiento de infracción, que son precisamente sobre las que había informado la delegación de los Países Bajos en la reunión del Comité Veterinario permanente, al que he hecho mención hace un momento. Esta información fue ratificada y ampliada el día 7 de julio. Las empresas F-101 y F-829 corresponden a Travex-Gel y a Gaston Lefebvre.

A partir del día 4 de julio, se reciben en el Ministerio de Sanidad las notificaciones de las inmovilizaciones llevadas a cabo por las comunidades autónomas en sus ámbitos territoriales, solicitándose a continuación, a través de la Embajada de Bélgica, la información correspondiente a cada empresa notificada. Una vez recibidas las garantías oportunas y previa comprobación de toda la documentación de acompañamiento de las mercancías y de las marcas sanitarias de todas las carnes, se procedió a ordenar la liberación de las carnes intervenidas en las que se había comprobado su idoneidad. Así, en primer lugar, se liberaron las carnes de procedencia holandesa y las procedentes de los establecimientos belgas con sistema integral de producción, quedando intervenidas sólo las procedentes del establecimiento belga F-101 que ya he mencionado con anterioridad. Por otra parte, del establecimiento belga F-829 no se detectó ninguna cantidad de carne en España. Estas partidas intervenidas de carne alcanzan una cantidad total de 8.650,3 kilos y fueron localizadas en las comunidades de Andalucía, Baleares, Cataluña y Murcia.

Ante la falta de conformidad de las autoridades belgas para proceder a la reexpedición de esta mercancía al establecimiento de origen, que como ya he señalado estaba intervenido por las propias autoridades belgas, se solicitó una inspección de la Comunidad Europea. Esta inspección se efectuó en los primeros días del mes de septiembre y no encontró ninguna evidencia sobre el origen británico de esta carne intervenida, es decir, estas 8,5 toneladas, tal y como se señalaba desde la Comisión al Parlamento Europeo en un informe del pasado 15 de septiembre de 1997. Finalmente, el importador ha optado por destruir esta partida de carne intervenida, lo que ha tenido lugar hace escasas semanas.

Señorías, ésta ha sido, en resumen, la situación y las acciones realizadas, que han permitido poner de manifiesto, además, que la carne que llegó de Bélgica no coincidía con la implicada en la exportación fraudulenta desde el Reino Unido y que, por tanto, esa carne no entró en España.

Como señalaba al principio de mi intervención, la respuesta dada por nuestro sistema sanitario ha sido rápida, eficaz y contundente, lo que pone en evidencia la idoneidad y adecuación de la red de alerta de que nos hemos dotado y el alto nivel de coordinación existente entre las diferentes administraciones competentes.

Igualmente, debo señalarles que desde marzo del año pasado, y en concreto a raíz de que la Comisión adoptara la decisión de prohibir la importación de productos cárnicos de vacuno del Reino Unido, desde la Administración española se impartieron instrucciones específicas a las comunidades autónomas y a los puestos de inspección fronteriza,

a fin de que se incrementaran los controles sobre los productos cárnicos procedentes u originarios del Reino Unido. Las medidas de control establecidas se basan, primero, en el refuerzo de los controles del mercado interior a través de las comunidades autónomas y en concreto de sus servicios de inspección; y, segundo, el control de fronteras a través de los servicios de sanidad exterior para impedir que entre carne británica, bien directamente o bien a través de terceros países. De manera que, en definitiva, señorías, con estas medidas creemos que los controles están perfectamente establecidos y esto es cuanto puedo informarles sobre este asunto.

A continuación, paso a informarles sobre la segunda comparecencia que se ha planteado en relación con la identificación de los pacientes que hayan podido recibir el medicamento Amerscan Pulmonate II, en cuya fabricación pudieran haber sido utilizados lotes identificados por la Agencia Británica del Medicamento por su contaminación con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

El Amerscan Pulmonate es un radiofármaco utilizado en el diagnóstico de patologías pulmonares, fundamentalmente el embolismo pulmonar. Está compuesto por macroagregados de albúmina obtenidos de plasma sanguíneo. El radionucleido usado para esta preparación es en concreto el tecnecio. La albúmina humana Zenalb 20 constituye el principio activo del radiofármaco Amerscan Pulmonate y está producida por el Laboratorio de Productos Biológicos del Reino Unido a partir de donaciones sanguíneas de distintos centros regionales del Servicio Nacional de Transfusión de Sangre de Inglaterra y Gales. Estos bancos están sometidos al control sobre normas de calidad que determina la Unión Europea. Como producto radiofarmacéutico, el Amerscan Pulmonate II está sometido a los controles de seguridad, eficacia y calidad que la legislación demanda en estos productos, incluidos en el Real Decreto 479/1993, de 2 de abril, por el que se regulan los medicamentos radiofármacos de uso humano.

Por otra parte, las encefalopatías espongiiformes transmisibles son un grupo de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central poco frecuentes, progresivas y letales en su evolución, caracterizadas por un período de incubación largo, que afectan a los hombres y a los animales y causadas por un agente transmisible. En el hombre se incluye fundamentalmente el Kuru y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob clásica, en su forma yatrogénica y esporádica. La nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, que está ligada a la encefalitis espongiiforme bovina, difiere de la clásica tanto en los aspectos preclínicos de la configuración de la proteína como en los clínicos, progresión de la enfermedad y propio perfil clínico del paciente.

El 20 de marzo de 1996 se describen diez casos en pacientes jóvenes de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ocurrido en el Reino Unido, con características clínicas y patológicas que difieren de los casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob clásica. El primer caso de esta nueva variante, previamente no reconocida, ocurrió en febrero de 1994 y se concluyó que esta nueva enfermedad estaba probablemente asociada con la exposición del agente de la en-

cefalopatía espongiiforme bovina y con un período de incubación probable de entre cinco y diez años.

Hasta noviembre de 1997 se han diagnosticado 22 casos, todos del Reino Unido, excepto uno de Francia. Estos casos presentan un nuevo perfil clinicopatológico, afectan casi exclusivamente a personas jóvenes, con una medida de edad de 29 años, prolongada duración de la enfermedad —hasta 23 meses—, ausencia de un patrón específico electroencefalográfico y características morfológicas particulares con presencia abundante y difusa de placas amiloideas y degeneración espongiiforme cerebral.

Como SS. SS. soben, el 18 de noviembre de 1997 se recibió una alerta de calidad procedente del Reino Unido, en la que se informaba de la retirada del mercado británico de los lotes 548, 554 y 556 de Amerscan Pulmonate II, agente pulmonar con tecnecio, por confirmarse que un paciente donante de sangre había sido diagnosticado con posterioridad de nuevas variantes de Creutzfeldt-Jakob. Los lotes afectados fueron distribuidos entre el mes de junio y el mes de noviembre en 13 países de la Unión europea y 34 del resto del mundo.

La Subdirección General de Control Farmacéutico, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del departamento, confirmó la presencia de dos de estos lotes, el 458 y 554, en el mercado español y el mismo día 18 de noviembre se procedió a la inmovilización del producto. En concreto, el producto se había distribuido entre distintos centros sanitarios de la comunidad autónoma de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco. Se habían suministrado 200 envases, de los que fueron retirados 42. En total, 757 viales procedentes de los lotes afectados fueron utilizados en pruebas diagnósticas, aproximadamente un vial por paciente. Quiero resaltar que la inmovilización de este producto respondió fundamentalmente a una medida precautoria, ya que la información clínica disponible sobre los mecanismos de transmisión de la nueva variante de Creutzfeldt-Jakob es en el momento actual escasa. De hecho, en la actualidad no existen datos epidemiológicos sobre la transmisión de la enfermedad a través de los productos medicinales derivados del plasma humano, como es el caso del producto que nos ocupa.

En resumen, las medidas que se tomaron fueron las siguientes. Primera, retirada inmediata del mercado de los lotes afectados. Segunda, comunicación a las direcciones de centros y hospitales, a través de las consejerías de salud de las comunidades autónomas e Insalud donde el fármaco había sido distribuido, para que los médicos que habían solicitado para sus pacientes esta prueba diagnóstica les informaran de acuerdo con su juicio clínico y en un entorno de relación médico-paciente. Tercera, visita de inspección a la empresa para precintar los viales no usados, emitir el certificado para la exportación del producto a la casa central europea para su destrucción y levantar el acta correspondiente. Cuarta, publicación de la Circular 1/1998, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, orientada a la reducción del riesgo de utilización de sangre o plasma procedente de donantes en período de incubación

de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en los medicamentos que utilicen durante el proceso de fabricación o que contengan derivados de la sangre o plasma humano como principio activo o excipiente.

En el momento actual, el Ministerio de Sanidad y Consumo está efectuando un cuidadoso seguimiento de este tema, y en especial de la posible relación e implicaciones que pudieran tener los hemoderivados y la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Igualmente, este tema está siendo debatido a nivel del Comité de Especialidades Farmacéuticas y podrían ser propuestas medidas adicionales en su próxima reunión del presente mes, en base a las recomendaciones elaboradas por el grupo de expertos que se reunió en la Agencia Europea del Medicamento los días 15 y 16 de enero y que en resumen son las siguientes. Primero, no existen nuevos datos que hagan sugerir que la evaluación del riesgo haya cambiado en relación con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob clásica. Segundo, la nueva variante de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una enfermedad emergente que presenta diferencias respecto a la enfermedad clásica; en consecuencia están justificadas las medidas meramente precautorias de retirada de los medicamentos que utilicen durante el proceso de fabricación o contengan derivados de la sangre o plasma humano, como principio activo o excipiente de donantes que con posterioridad a la donación desarrollen la nueva variante de la enfermedad. Tercero, el conocimiento que en el momento actual se tiene de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y de los agentes causantes de encefalitis espongiiformes transmisibles es escaso; se precisan más estudios, tanto experimentales como epidemiológicos, que permitan avanzar en las incógnitas que esta enfermedad plantea en la actualidad.

En consecuencia, la medida adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, promulgando la Circular 1/1998, dirigida a reducir el riesgo derivado de la utilización de sangre o plasma procedentes de donantes en período de incubación de esta enfermedad en los medicamentos que utilicen durante el proceso de fabricación o que contengan derivados de la sangre o plasma humano, es plenamente coincidente con las recomendaciones del grupo de expertos reunido en la Agencia Europea del Medicamento.

Para finalizar, quiero señalar a SS. SS. que a nivel de la comunidad científica no existe un criterio uniforme sobre la información a los pacientes a los que se ha administrado este tipo de productos, una vez que se han retirado los lotes del mercado. Así, los comités éticos del Reino Unido y de Francia han recomendado no informar a los pacientes, en base a que no existe test diagnóstico ni tratamiento curativo y considerando el escaso riesgo que supone —en estos momentos de conocimiento científico— adquirir la enfermedad por esta vía de transmisión. Por el contrario, en países, como Irlanda o Suecia, han optado por informar a los pacientes.

Como les he señalado el criterio del departamento ha sido trasladar la decisión a las autoridades de las comunidades autónomas afectadas y, en especial, a los centros sanitarios donde existen comités de ética asistencial —prácticamente en todos— para que en estos lugares, conside-

rando todas las circunstancias que concurren en cada caso, se adopte la decisión más oportuna.

Esto es cuanto puedo informarles sobre las medidas adoptadas en relación con el medicamento Amerscan Pulmonate II y, concretamente, en lo que respecta a los pacientes que se les ha suministrado este producto diagnóstico.

Nada más, y muchas gracias por su atención.

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

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor subsecretario, señor presidente, van a permitirme que en mi intervención no me ciña a lo que fue la razón inicial que llevó a mi grupo a solicitar esta comparecencia, una comparecencia que fue solicitada en julio de 1997, han transcurrido ocho meses y el transcurso del tiempo y los incidentes producidos a partir de esas fechas hacen que el tema esté totalmente superado, por lo que mi intervención va a ir más allá del tema concreto.

Cualquiera de nosotros, a botepronto, recordamos las repetidas informaciones periodísticas que sobre este tema se han producido desde la fecha en que el Grupo Parlamentario Socialista presentó la solicitud de comparecencia. ¿Cuál ha sido a juicio de mi grupo la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo a lo largo de este tiempo? ¿Cuál ha sido la actitud del Ministerio de Sanidad y Consumo? Señor subsecretario, tengo que decirle que el mutismo y la dejadez. Me va a permitir que lea unas palabras del señor presidente del Gobierno, del señor Aznar, en respuesta a una pregunta formulada por mi compañero Joaquín Almunia en sesión plenaria. El señor Aznar decía: se trata de un problema de salud pública de los consumidores y, por tanto, es necesario lograr que los consumidores alcancen nuevamente una confianza y, a la vez, tranquilizar los mercados. Ésta era la respuesta que el señor Aznar daba a la pregunta a que me he referido. Sin embargo, la acción gubernativa del Ministerio de Sanidad ha enfocado este tema desde una perspectiva de sanidad animal; ha sido una delegación de las actuaciones obligatorias y necesarias del Ministerio de Sanidad, prácticamente en exclusiva en el Ministerio de Agricultura. Como me he preocupado de conocer los antecedentes parlamentarios que en esta Cámara se han producido sobre este respecto, muestro al señor subsecretario la información que los servicios de la Cámara me han aportado, información que he tenido la preocupación de leerme. Se trata de preguntas que giran en torno a medidas que, desde el ámbito gubernativo, se han adoptado sobre esta materia, y he de decirle, señor subsecretario, que todas ellas se refieren a actuaciones emprendidas desde el ámbito del Ministerio de Agricultura, salvo la citación expresa que se hace de una resolución, de 4 de julio y otra de 9 de octubre de 1996, de la Dirección general de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, por las que se adoptan medidas urgentes de supresión cautelar de determinados productos de animales bovinos, ovinos y caprinos procedentes de Francia, Irlanda, Portugal y Suiza. No se le escapa al subsecretario

ni a ninguno de los presentes en esta Comisión que el enfoque de un tema de esta naturaleza es muy distinto si se formula desde el Ministerio de Agricultura a si se hace desde el Ministerio de Sanidad o de una forma coordinada entre ambos ministerios, que es posiblemente la fórmula de desarrollarlo. No podemos olvidar que uno de los objetivos importantes que mueve al Ministerio de Agricultura es hacer frente a la crisis de mercado que este problema origina, como la que sufrió el sector ganadero español desde el momento en que este problema apareció ante la opinión pública; parece una actuación loable, pero, partiendo de la consideración de que éste es un problema de salud humana, no es compatible con ese objetivo.

Permítame que le cite otro dato que, a mi juicio, es un claro indicador de la dimensión de este problema. En España el consumo nacional de carne ha caído en un 40 por ciento desde que surgió el problema de la enfermedad espongiforme bovina, y éste es un claro indicador de la incertidumbre, del desconcierto y de la desconfianza que los consumidores españoles tienen con relación al consumo de carne de vacuno y la constatación de que los hábitos de consumo de carne en España se han modificado por que los consumidores han buscado alimentos alternativos. Le cito esto porque es un claro indicador de la falta de información a que ha estado sometido el consumidor; información al consumidor que es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, y cualquier intento de tranquilizar al consumidor por parte de ámbitos del Ministerio de Agricultura será infructuoso porque ésta es una competencia de su Ministerio y porque es la autoridad sanitaria la única creíble, por ser la responsable de la salud, de su prevención y protección.

El señor subsecretario ha sido muy explícito en el relato de las actuaciones que por parte del Ministerio de Sanidad se abordaron en su momento con relación a la entrada en el mercado español de carne procedente de terceros países. Lo único que le ha faltado ha sido citarnos las matrículas de los camiones y el nombre de los conductores que hacían este transporte de carne, pero no ha entrado en el fondo de la cuestión, que es un tema de salud pública y de tranquilizar a los consumidores españoles.

Con relación al fármaco Amerscan Pulmonate II, he de decir que mi grupo parlamentario encuentra de nuevo una elevada inoperancia en el Ministerio de Sanidad. Primer elemento de inoperancia, señor subsecretario, el utilizar como interlocutor, como comunicador hacia la sociedad preocupada, hacia los ciudadanos que, como usted sabe perfectamente, son altamente sensibles en todos los temas que afectan a su salud, al subdirector general de Ordenación Farmacéutica. Ése no es el ámbito que tiene que asumir la responsabilidad de informar hacia el exterior, lo sabe perfectamente; un subsecretario tiene un carácter funcional técnico, y ésta es una responsabilidad política que necesita una respuesta y un compromiso político.

Para la orden de retirada del fármaco por parte del Ministerio, como decía antes, quien da cuenta es el correspondiente subdirector general, trasladando a la opinión pública que este tipo de material ha sido utilizado en 26 hospitales de once comunidades autónomas, y en su momento

ni tan siquiera fueron especificadas cuáles eran las afectadas; sí se hablaba ya entonces de un número aproximado de 847 personas afectadas, lo que no le parece a mi grupo parlamentario la forma adecuada de proceder en una materia tan sensible como ésta. En noviembre, la propia casa comercial que suministra este fármaco cursó aviso del posible problema, y al día de hoy, febrero, los posibles afectados sólo tienen la incertidumbre. Hasta el 23 de enero el Ministerio de Sanidad no había dicho ni una palabra al respecto.

Usted ha citado que por parte del Ministerio se traslada la responsabilidad de dar respuesta a los pacientes y de tomar decisiones a comunidades autónomas e incluso a centros hospitalarios concretos. Le voy a mostrar, como reflejo de esa ineficacia y de ese descontrol, unas noticias aparecidas en la prensa gallega que, como ha citado muy bien el señor subsecretario, es una de las comunidades autónomas donde se ha utilizado este fármaco, información aparecida con fecha 17 de febrero de 1998.

La noticia se produce una vez que el señor conselleiro de Sanidad comparecía ante el Parlamento autonómico para informar del presupuesto de su departamento, ocasión en que todas las fuerzas políticas y los medios periodísticos esperaban que el señor conselleiro aprovechara para informar sobre este problema que afecta a pacientes y a usuarios de la sanidad gallega. La sorpresa para grupos parlamentarios y para medios periodísticos fue que el conselleiro de Sanidad se limitó a decir que en este tema estaban comprobando los datos y no iban a dar información alguna.

Intentando profundizar en esta información, los distintos medios de comunicación se dirigen directamente a la Consellería de Sanidad, y la respuesta que se les da —y voy a hacer una traducción del gallego al castellano— es: de eso no se habla por ahora. Única explicación sobre el fármaco infectado. Éstas fueron las explicaciones que dieron ayer fuentes de la Consellería ante la aparición de varias personas sometidas a una gammagrafía pulmonar con un fármaco que podría estar infectado por el mal de las vacas locas. La única persona que explicó lo sucedido fue el director gerente del centro oncológico regional, eso sí, diciendo muy específicamente que el interlocutor debe de ser Sanidad. Es decir, que le llega de refilón porque Sanidad no es capaz de dar la cara.

Señor subsecretario, éstas son informaciones concretas sobre qué tipo de actuación está manteniendo una administración sanitaria territorial. Pero en la prensa gallega han aparecido también las sensaciones y los sentimientos que reflejan en este caso concreto dos pacientes a los que se les ha notificado ya que han sido tratados con este fármaco, y lo que reflejan clarísimamente es una situación de incertidumbre, de inseguridad inhumana. Además, buscando darles tranquilidad, un determinado profesional les dice como consuelo: no se preocupen que como hay muchas más personas. Ésta es la situación, señor subsecretario, y esta situación tiene que abordarse desde el ámbito del Ministerio de Sanidad. No puede estar cada una de las comunidades autónomas actuando con un criterio y una estrategia distintos y mientras tanto los ciudadanos estar con la inseguri-

dad de si tienen o no algún tipo de posibilidad de contagio, independientemente de las incertidumbres científicas que en estos momentos puedan existir al respecto. Esas incertidumbres científicas tienen que ser también trasladadas al ciudadano, tiene derecho a conocerlas, a saber hasta qué grado tiene riesgos su salud.

Señor subsecretario, mi grupo parlamentario le traslada no una recomendación sino una exigencia, y yo en concreto se lo traslado como diputada, como consumidora y como usuaria de la sanidad pública, ya que no quiero encontrarme en una situación similar y tener el mismo tipo de respuesta por parte de la Administración sanitaria que están teniendo estos ciudadanos. En materia de control y tranquilidad hacia los consumidores en el grado de riesgo o no que existe a la hora de consumir carne de vacuno, tiene que ser la autoridad sanitaria la que dé la respuesta, la que dé la cara, la que tranquilice a los consumidores y les informe objetivamente.

Con relación a la utilización de este fármaco, sean ustedes diligentes y asuman las responsabilidades correspondientes. No va a ser mi grupo parlamentario el que siembre alarma, porque no cabe duda que éste ha sido un accidente, pero también en estas circunstancias está forzada la Administración sanitaria a actuar con transparencia y con coherencia, señor subsecretario, porque con la decisión que ustedes han adoptado de trasladar a las distintas comunidades autónomas, e incluso a los propios centros...

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego vaya concluyendo.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Sí, señor presidente.

Con esa decisión, decía, de trasladar la libertad de cómo actuar con cada uno de los pacientes, lo único que están haciendo es crear el desconcierto y la inseguridad, señor subsecretario, y se lo repito: se lo formulo como diputada, como ciudadana usuaria del sistema sanitario público y como consumidora.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Con mucho gusto voy a contestar a las cuestiones que ha planteado la señora diputada.

En relación con la primera pregunta, parece ser que acusa al Ministerio de Sanidad de que no hemos asumido el protagonismo en un tema que es sanitario, y yo estoy de acuerdo, en beneficio de consideraciones que implícitamente ha dejado caer como comerciales por parte del departamento de Agricultura.

Lo primero que tengo que decirles es que cada departamento en este país tiene sus competencias y cada uno asumimos las que nos corresponden. Estamos obligados a ello, y de hecho nos coordinamos, porque evidentemente los criterios que aquí dominan —y eso también se reconoce por parte del departamento de Agricultura— son los sanitarios. Ahora bien, lo que es cierto es que si en este asunto, en el cual se ha trabajado con rapidez y se ha informado permanentemente y de forma muy rigurosa a la

opinión pública, la acusación es que no deberíamos haber informado tan rápidamente sino que deberíamos seguir haciéndolo sin ningún tipo de freno, incluso después de que el problema se haya solucionado, lo que está usted pidiendo es que no seamos eficaces, porque ciertamente si el asunto se resolvió doce días después de las declaraciones de la señora Bonino, todo estaba resuelto y se informó perfectamente a las instancias a las que había que hacerlo. Es más, las notas de prensa en relación con este asunto se emitieron desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por tanto, no cabe decir que el Ministerio no afrontó su responsabilidad en este problema.

Ha hecho algunas precisiones acerca de que hemos dado quizá demasiados detalles. Le puedo dar todavía más. Yo creo que es una muestra de confianza que podemos generar en la opinión pública el hecho de que se sepa que conocemos con precisión hasta los menores detalles de este incidente. Ahora, si usted piensa que es mejor que nos limitemos a lo grueso y que obviemos lo pequeño, entonces es evidente que a lo mejor podemos dejarnos cosas en el tintero. Como eso no es así, yo creo que el Ministerio ha hecho gala de que sabe todo sobre este tema y ha informado todo sobre él.

Las medidas unilaterales que se han llevado a cabo frente a Francia, Irlanda y Portugal se han tomado todas —como dijo que no estábamos haciendo mucho— desde el Ministerio de Sanidad, aparte de la coordinación necesaria con el Ministerio de Agricultura.

El director general de Salud Pública compareció tres veces ante el Consejo de Consumidores y Usuarios para darles información, en una reunión que con carácter periódico tenemos con dicho Consejo. Se felicitó al Ministerio en este caso concreto por la información que se había suministrado, y eso se puede ver en las actas de la última reunión que tuvimos con el Consejo de Consumidores y Usuarios. Insisto, si se molesta en preguntarles no tendrá duda alguna de que los consumidores están satisfechos —se puede comprobar— con la información que se les ha suministrado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ha citado una cifra que no corresponde al fondo de su pregunta, respecto al descenso de un 40 por ciento en el consumo de carne. Esa cifra es falsa y podemos demostrarlo.

Con esto le contesto a la pregunta en relación con el problema de la carne fraudulenta supuestamente importada desde el Reino Unido.

En relación con los radiofármacos, creo que en toda su pregunta se mueve una cierta inconsistencia; es un tema delicado y hemos tratado de manejarlo con el máximo respeto a la información y a los pacientes afectados. Usted ha dicho literalmente algo que no veo por dónde cogerlo. Dice: Los pacientes tienen derecho a que se les traslade la incertidumbre científica para que sepan exactamente cuál es su riesgo. Esta frase es contradictoria. Si la incertidumbre científica es que no se puede saber el riesgo, usted me está pidiendo que les traslademos lo que no se puede saber, lo ha dicho literalmente: tienen derecho a trasladar la incertidumbre científica a los pacientes que deben conocer el riesgo que tienen. Justamente ésa es la incertidumbre, que

en este momento los datos técnicos y epidemiológicos indican, primero, que no se sabe con certeza, pero que el riesgo, si existe, es cero o cercano a cero. No hay un riesgo importante, por lo que sabemos en estos momentos.

Por tanto, se trata de una cuestión que no está cerrada y es el elemento crucial de este tema. Por eso mismo, los comités de ética no asumen una postura común con respecto a cómo debe manejarse este problema desde el punto de vista de información de los pacientes. En España todavía no tenemos un comité ético a nivel nacional, pero lo tendremos en un plazo de tiempo no muy largo. Los comités éticos de Francia y del Reino Unido han recomendado no informar a los pacientes por varios motivos: uno, porque no hay test diagnóstico; dos, porque no hay tratamiento curativo, y, tres, porque el escaso riesgo que ahora mismo demuestran los estudios sugiere que ésta podía ser una iniciativa. No es la única y también he reconocido que hay países que piensan que es conveniente hablar a los enfermos.

Nosotros hemos optado —y si no le importa a la señora diputada nos parece que es una postura perfectamente coherente, tan coherente como las dos que han manifestado esos otros países— por decidir que, puesto que cada paciente es un caso distinto y muchos pacientes con esta patología que se han hecho un escáner pulmonar están en situación probablemente muy grave, el médico debe tomar la decisión de cómo maneja esta situación frente a este tipo de riesgo, por lo que se conoce ahora mismo, frente a este mismo tipo de problema que podría devenir en un paciente con unas condiciones concretas, porque quien mejor puede asumir el tipo de información que puede dar, en este y en otros muchos casos, es el propio facultativo que atiende al paciente. Además, los hospitales están dotados de comités éticos-asistenciales que pueden hacer una valoración correcta del problema.

Yo no digo que ésta sea la solución perfecta, exacta o la mejor, porque sobre esto, si usted se molesta en leer los textos de bioética —por cierto ayer salió un artículo muy interesante en un medio de comunicación de ámbito nacional— no hay reglas fijas y hay que ser capaz de responder de la manera más adecuada a los problemas que se van planteando.

Países como el Reino Unido y Francia han respondido de una manera determinada, otros países como Irlanda o Suecia lo han hecho de otra, y nosotros hemos respondido como nos parece más razonable para respetar el derecho de los pacientes a ser informados y el derecho de los médicos a informar, habida cuenta de las condiciones de dichos pacientes. **(La señora Novoa Carcacia pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Su señoría sabe que no hay segundo turno de réplica; el reglamento es el reglamento. Si tiene alguna pregunta o aclaración que hacer, por un tiempo máximo de dos minutos le doy la palabra.

La señora **NOVOA CARCACIA:** Con la mayor brevedad, señor presidente.

Simplemente quiero decirle al señor subsecretario que esta diputada no se inventa dato alguno. Le he expresado

desde el primer momento que me he preocupado de recabar de los servicios de la Cámara todos los antecedentes que sobre esta materia obran en la misma.

En cuanto a la cifra que he citado con relación a la caída de consumo nacional, le voy a leer el texto: En la opinión pública se ha creado una verdadera sensibilidad en cuanto al consumo de carne de vacuno. La caída del consumo nacional ha supuesto un 40 por ciento. Esto se refiere a una pregunta formulada en el ámbito del Ministerio de Agricultura y con la preocupación natural de quien la formula por la situación de crisis que el sector ganadero español vive. Es el dato que se cita, como podrá observar y comprobar en un «Diario de Sesiones» de esta Cámara.

Señor subsecretario, yo no he intentado establecer una duda sobre la diligencia en la actuación del Ministerio de Sanidad, pero sí denuncié la incapacidad de transmitir hacia la opinión pública esa información y esa obligación que ustedes, como autoridad sanitaria, tienen de tranquilizar a los consumidores. Porque este mismo dato del 40 por ciento de caída en el consumo de carne de vacuno es un indicador de esa incertidumbre.

Yo le haría una petición para que usted la traslade al ministro, en el sentido de decirle que se ocupe menos de hacer comparecencias públicas para intentar mostrarnos su magnífica gestión en materia de reducción de listas de espera, en materia de reducción del gasto farmacéutico que, en definitiva...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Novoa, cññase a la cuestión y no reabra un debate.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Todo eso, en definitiva, es un puro acto de fe, de que creamos o no, porque la manipulación de los datos todos sabemos cómo se puede efectuar. Sólo le quiero decir una cosa: se entiende que yo, como diputada, tengo acceso a una mayor información que el común de los ciudadanos, y he de confesarle, señor subsecretario, que con las actuaciones emprendidas desde su Ministerio, como consumidora, no tengo tranquilidad alguna. Por tanto, si ése es mi sentimiento y mi estado de ánimo, valore y calcule cuál puede ser el de un ciudadano normal de la calle.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Respecto a lo último, lo siento por usted como consumidora, pero los consumidores, organizados de la forma en que lo están, sí que están satisfechos, y esto lo puede comprobar perfectamente en el acta de la última reunión que tuvimos con la organización de consumidores respecto a este tema.

Referente al dato del 40 por ciento, tal vez correspondió al día siguiente o a las 48 horas después de la declaración oficiosa, por vía de la prensa, de la señora Bonino, pero evidentemente ese dato no se consolidó y ahora mismo es mucho más bajo. Podría darle la vuelta a lo que usted me dice y añadirle que es un indicador de certidumbre ver

cómo este descenso teórico ha remontado desde esas impresiones iniciales, precisamente por la actuación que se tuvo en el Ministerio de Sanidad y Consumo, a unas cifras que evidentemente están alejadísimas de ese 40 por ciento.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Castellón, por su comparecencia.

Me voy a referir con brevedad al primer punto de la comparecencia con una pregunta muy concreta. Evidentemente estamos ante una enfermedad desconocida en su versión actual, como usted ha reconocido ya, porque se desconoce la evolución de la variante actual de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. No obstante, sí se conoce perfectamente su gravedad y la mortalidad en el cien por cien de los casos.

Como usted también ha dicho, hay un plan de coordinación a nivel de la Unión Europea en relación con un caso de enorme gravedad, permítame que se lo diga, precisamente por el desconocimiento que se tiene de la evolución de la enfermedad y por la inexistencia, hasta el momento, de medidas diagnósticas y mucho menos terapéuticas. Es decir, estamos ante un hecho muy grave, desconocido y que, por tanto, requiere esfuerzos por parte de las administraciones de la Unión Europea, en este caso de la española, para contribuir a su identificación.

Según mis datos, señor Castellón, solamente hay una persona en el Instituto de Salud Carlos III encargada de la coordinación a nivel europeo con respecto a esta enfermedad. Mi pregunta es muy concreta: ¿Qué estudios epidemiológicos o experimentales ha puesto en marcha el Ministerio de Sanidad para contribuir a la detección de los casos, a la identificación de los casos? Y permítame el rigor en la palabra, porque tiene que ver con lo que voy a decir a continuación.

La enfermedad es desconocida, el número de casos es escaso y, por tanto, yo afirmo —y lo afirmo en este punto con criterios profesionales— que pueden producirse muertes por encefalopatías cuyo diagnóstico, cuya certeza de que realmente corresponden a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob exclusivamente puede realizarse por la autopsia. ¿Cuántas autopsias se han realizado en nuestro país desde que se tuvo conocimiento de que en España podían haberse distribuido partidas de carne posiblemente contaminadas por la enfermedad? Y hago esta pregunta que se refiere a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, pero aprovecho para señalar las gravísimas insuficiencias que hay en nuestro país acerca del medio de control de calidad de la atención sanitaria y del medio de investigación más importante con el que cuenta la sanidad, que es la realización de autopsias, que prácticamente no se hace en nuestro país.

No obstante, quiero centrarme en la comparecencia que se realiza, con carácter de urgencia, a petición de mi grupo parlamentario. Señor Castellón, yo creo que usted es consciente de la responsabilidad que hoy asume ante la Comisión de Sanidad, porque no estamos ante un caso de polí-

tica sanitaria opinable, desde diferentes posiciones, por los grupos parlamentarios, sino ante un caso estricto de salud pública en el cual el Ministerio de Sanidad tiene que responder de sus actuaciones. Mi grupo parlamentario no pretende contribuir a la alarma social, y solamente ha pedido la comparecencia del Gobierno en esta Comisión ante la constatación del enorme cúmulo de irregularidades producidas en torno a este asunto.

Señor Castellón, la normativa vigente exige que, en relación con los radiofármacos —fármacos de uso exclusivamente hospitalario—, haya el conocimiento, el control y el seguimiento correspondiente por los servicios de farmacia hospitalaria. Puedo afirmar, señor Castellón, que los servicios de farmacia hospitalaria desconocen absolutamente el proceso de compra y utilización de estos fármacos. De hecho, como han puesto desgraciadamente en evidencia los acontecimientos, los servicios de medicina nuclear de 26 hospitales públicos y privados, según sus propios datos, han comprado, han recibido directamente del laboratorio, sin pasar por los servicios de farmacia hospitalaria, el fármaco Amerscam Pulmonate y supongo que el conjunto de radiofármacos que se utilizan. Es decir, hay un primer dato del que le solicito confirmación y, en su caso, la toma de medidas correspondientes para impedir que esto se siga utilizando. Insisto, los servicios de farmacia hospitalaria, es decir, el control sanitario por parte de la Administración, se ha obviado totalmente; son los servicios directamente quienes, probablemente en una muestra de autonomía y agilidad en la gestión hospitalaria, indican las compras directamente al laboratorio suministrador.

No estoy hablando sin conocimiento de causa. El día 18 de noviembre, el propio laboratorio notifica —obvio el nombre— a un doctor de un hospital la retirada del lote del mercado. Aquí le quiero señalar otro hecho que me parece de enorme gravedad. Ante el conocimiento por parte del laboratorio de que se había utilizado albúmina humana procedente de una persona que con posterioridad desarrolló la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, el propio laboratorio, incumpliendo cualquier criterio de transparencia en un hecho de la máxima eficacia, en la comunicación al médico —a quien ustedes atribuyen la responsabilidad de las decisiones—, no comunica, en absoluto, que haya contaminación de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Se habla de la retirada del mercado, pero no se dice en ningún momento que el motivo sea la contaminación con esta enfermedad. Incluso se le dice: en aquellos casos en los que no exista alternativa a dicho radiofármaco o a la prueba diagnóstica en sí, el usuario —el médico, se supone— deberá considerar cuidadosamente una valoración del balance riesgo-beneficio en pacientes enfermos, y se añade que para mayor información llame a un número de teléfono de Gran Bretaña.

Todo esto, señor Castellón, ha supuesto que, evidentemente —y de eso le exijo confirmación también—, los servicios de medicina nuclear que conocieron por la vía del laboratorio la existencia de lotes contaminados que ellos habían usado, no tenían la indicación taxativa y firme de la supresión de la utilización de dichos lotes. Eso hizo —como usted sabrá bien—, por ejemplo, que en Hong

Kong, uno de los países a los que se distribuyó este mismo radiofármaco, según señalan los teletipos, seis centros sanitarios continuaran empleando el mencionado suero hasta diciembre, dado que la advertencia no explicaba los motivos por los que el producto debía de ser reexpedido al Reino Unido.

Señor Castellón, estamos hablando de una enfermedad desconocida. Se ha tratado en el Parlamento europeo las dimensiones de epidemia que puede suponer en estos años la aparición de la enfermedad. Recientemente ha habido noticias de que un paciente la ha desarrollado por un hecho tan inusual como por un trasplante de córnea. La enfermedad tiene un período de latencia largo, de años, como usted mismo ha reconocido. Es verdad que en este momento no hay datos fehacientes de la posibilidad de transmisión de la enfermedad a través de productos sanguíneos, pero que no haya datos fehacientes, ante el nivel de desconocimiento tan importante que hay sobre la enfermedad, no quiere decir nada más que —como usted mismo ha reconocido— se desconoce. El asesor del Gobierno británico para la enfermedad de las vacas locas ha hecho recientemente declaraciones alertando sobre el hecho gravísimo de que los bancos de sangre de Gran Bretaña podían estar globalmente contaminados con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, precisamente porque han recibido, de hecho, donaciones de personas que con posterioridad han conocido que padecían la enfermedad, es decir, cinco años, diez años.

A mí me da igual, señor Castellón, que me cite usted países que han tomado la decisión de no informar a los pacientes. Allá ellos y allá los grupos parlamentarios encargados del control del Gobierno. Yo acuso al Ministerio de Sanidad de enorme irresponsabilidad por no haber comunicado a los pacientes que pueden desarrollar esta enfermedad, por la necesidad de hacer un seguimiento epidemiológico. Es decir, señor Castellón, ante la constancia de que se han distribuido lotes contaminados a través de 26 hospitales, el sentido común más elemental en epidemiología exigiría que por parte del Ministerio de Sanidad se desarrollara un programa de seguimiento epidemiológico de los pacientes, precisamente para contribuir al conocimiento de la enfermedad —desde el punto de vista científico de su intervención— y para alertar a los propios pacientes. En esto quiero hacer especial insistencia porque el hecho grave precisamente es que es urgente evitar que los pacientes que hayan podido recibir viales, dosis del fármaco contaminado, que son personas que están en riesgo —no digo que haya certeza— de contraer la enfermedad, se abstengan de hacer donaciones de sangre o de órganos. Éste es un hecho de salud pública de enorme trascendencia, y permítame, señor Castellón, que acuse al Ministerio de Sanidad de una irresponsabilidad injustificable al decir que es la relación médico-paciente y el juicio del médico el que debe aconsejar la comunicación o no a la persona.

Están incumpliendo ustedes responsabilidades desde el punto de vista de la salud pública, de la epidemiología y del derecho de las personas a ser informadas del riesgo, y no haga juegos de palabras con posibles errores terminológicos de otros diputados. Aquí de lo que se trata es de ad-

vertir del riesgo a personas concretas que han recibido dosis del producto.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego vaya terminando.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, estamos ante un tema muy serio. Mi grupo parlamentario ha exigido la comparecencia urgente del Gobierno. Insisto en que no es un tema de política sanitaria para expresar opiniones de grupo. Estamos ante un tema de salud pública de enorme trascendencia, y permítame que le diga que quiero entrar en el tema más serio, que es...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, permítame que le diga yo que ha sobrepasado el tiempo reglamentario ampliamente. Intente comprender a la Presidencia por el hecho de que le llame la atención en cuanto al tiempo y le pida que resuma su intervención.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Procuraré terminar con la máxima brevedad.

El hecho más serio de todos, señor Castellón, y quiero que desmienta declaraciones de jefes de servicio de medicina nuclear, es que se incumple sistemáticamente el decreto al que usted ha hecho referencia de 1993 y no se toma nota del lote administrado utilizado en cada paciente. Es decir, la afirmación que le pido que contradiga —y no sólo que contradiga, sino que actúe en consecuencia— es que el Ministerio de Sanidad, el servicio de medicina nuclear desconoce a qué pacientes ha podido serle administrado el lote y, por tanto, no está en condiciones de poder informar, de una manera fehaciente, de una manera precisa, las personas concretas a las que han podido administrar este fármaco. Ése es el problema. Se ha incumplido la normativa y ahora el Ministerio de Sanidad dice que es a través de la relación médico-paciente como debe comunicarse al enfermo, para encubrir que no tiene procedimiento de informar a las personas.

Esta misma mañana he recibido en mi despacho, antes de venir a la Comisión de Sanidad, una llamada de teléfono de un paciente —me ha autorizado para decir su nombre, pero no lo voy a hacer— y me ha dicho que ha recibido litros de este fármaco en el hospital Ruber Internacional de Madrid. Nadie se ha puesto en contacto con él y me pedía que exigiera a las autoridades sanitarias la información de la que se dispone, de lo que se sabe y de lo que se desconoce.

Tengo que contradecir sus palabras, señor Castellón, porque según mis noticias se han distribuido 209 envases, usted dice que 200, de los lotes contaminados; se han retirado 40, luego quedan 160. Cada envase tiene cinco viales y de cada vial se pueden utilizar ocho dosis. Es decir, 160 por 40 son 6.400 personas, no ochocientas cincuenta y tantas, las que han podido recibir este fármaco.

Éste es un hecho, señor Castellón, de enorme gravedad, porque —permítame, señor presidente— el asunto continúa, pues ya no es solamente el Amerscan Pulmonate, sino

que otro medicamento del laboratorio Upjohn de Suecia llamado Atgam también está contaminado con el mal de las vacas locas. Este medicamento, Atgam, se comercializaba en España y se ha producido una retirada del mercado mundial por parte del laboratorio de 40.000 dosis. ¿Cuántas dosis se han utilizado en España? ¿Se ha utilizado algún lote contaminado? ¿Qué medidas se han tomado? No repito la intervención, pero estamos ante un nuevo caso y ante las mismas condiciones que se han producido al respecto.

Señor Castellón, permítame que desde la posición de mi grupo parlamentario no acepte como argumento que en algún país sí y en otros no se ha avisado a los pacientes. El Ministerio de Sanidad tiene la obligación de avisar a todas aquellas personas que han recibido el radiofármaco. Si no lo sabe, como me temo y ése es el motivo específico de la solicitud de comparecencia, tienen ustedes la obligación de asumir su culpa en este caso, habida cuenta de las irresponsabilidades en que se ha podido caer por parte de los servicios de medicina nuclear directamente, e indirectamente por el Ministerio de Sanidad, que no ha controlado que la legislación se cumpliera.

Hay otro dato, señor Castellón. El fármaco Amerscan Pulmonate tiene licencia provisional desde 1992. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios competente en su momento —y no le afectaba a su Administración, sino a la anterior— tenía siete meses de plazo, 210 días, o bien para retirar el producto del mercado o bien para tener licencia definitiva, pero desde 1992 el fármaco está con licencia provisional. Por tanto, mi grupo parlamentario exige que el Ministerio de Sanidad asuma las responsabilidades, administrativas o de cualquier tipo, en que se haya podido incurrir y, sobre todo, desde el punto de vista de salud pública, creo que llegado este momento el Ministerio de Sanidad no puede ocultar la cabeza debajo del ala.

Lo que ha expresado la diputada socialista tiene carácter general en las comunidades autónomas. En Canarias hay servicios de medicina nuclear que afirman haber utilizado el fármaco y la Consejería de Sanidad no tenía ninguna noticia, evidentemente porque no la puede tener, ya que se está incumpliendo la normativa que hace que la Administración sanitaria pueda ser responsable de lo que la ley le atribuye como responsabilidad. Hay que avisar —pero no tienen la lista completa, como tengo la seguridad de que sucede— a todos aquellos que hayan podido recibir dosis del fármaco contaminado, de manera que no estemos ante el embrión de un problema de salud pública grave en nuestro país, y esas personas, inconscientemente y con la mejor voluntad, actúen generosamente haciendo donación de sangre y órganos tal y como ocurrió con el donante de albúmina con el que se fabricaron los lotes del Amerscan Pulmonate y dentro de cinco años tengamos que lamentar que no se han tomado las medidas necesarias para evitar que un problema puntual pueda transformarse en un problema de salud pública.

Insisto, según mis datos, hay cinco viales por envase y ocho unidades en cada vial, lo que supone 6.400 personas afectadas.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Vamos a intentar contestar a las distintas apreciaciones que ha hecho, que son numerosas.

En principio, me decía que hay escaso dispositivo para llevar a cabo el registro de los casos en relación con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, incluso ha dicho que hay sólo una persona. Hay un área dedicada a este tema y es una persona la que acude permanentemente desde el año 1996 al grupo europeo donde se fijan criterios en relación con esta enfermedad. Repito, una persona es la que acude, pero hay un área destinada al seguimiento de esta enfermedad. A todos los enfermos a los que se diagnostica dicha enfermedad se les aplica el protocolo de vigilancia para descartar que se trate de alguna variante y a la mayoría de ellos se les hace autopsia.

En cuanto a la situación de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en España en estos momentos, el registro recoge todos los casos de esta enfermedad desde el primero de enero de 1993. En 1995, España entra a formar parte de la acción concertada europea, organizándose a través de las comunidades autónomas un registro nacional de aquella enfermedad, como he dicho antes, en el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Hasta enero de 1998 se han declarado en el registro un total de 132 casos y todos ellos corresponden a la forma clásica de enfermedad. La tasa global de la enfermedad se sitúa en 0,63 casos por millón de habitantes, 0,61, en varones y 0,64, en mujeres, agrupándose los casos en los mayores de 60 años. Los casos esporádicos son 123, de familiares, 7, y atrogénicos, 2. A partir de estos datos obtenidos del registro, la incidencia de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en España se considera estable durante los años de vigilancia de la misma, es decir desde el año 1993, declarándose una media de 25 casos anuales, comparable con la encontrada en otros países. No les voy a aburrir con datos. Tenemos todos los datos, desde 1993, de los distintos tipos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, también por comunidades, en cada uno de los períodos.

Con esto simplemente quiero decir que hay un área destinada a esta cuestión, que hace un seguimiento, que hace los estudios epidemiológicos pertinentes y que, además, no los hace de forma aislada, puesto que, como usted conoce perfectamente, la casuística no es alta y los trabajos se hacen cooperativamente con el resto de los países europeos.

Algunas de las preguntas que han formulado tienen contestación en la propia intervención. Yo creo que he sido bastante claro, por lo menos lo he intentado, aunque quizá no haya tomado nota. Este producto está sometido, el AmerScan Pulmonate II, a los controles de seguridad, eficacia y calidad que están legislados. También le diré que el Real Decreto 479/1993 es trasposición de la Directiva 89/343 y además desarrolla lo establecido en la sección VI de la Ley del Medicamento. Dentro de este marco jurídico y tal y como estaba previsto en la directiva, los Estados miembros establecieron un sistema de registro coordinado

abreviado. Este procedimiento se aplica a los medicamentos suficientemente conocidos por la autoridad sanitaria o a aquellos que tengan una composición e indicación similares a otro ya registrado.

Se designó un grupo de trabajo con representantes de todos los países miembros y se nombraron ponentes y co-ponentes a los que se asignó la evaluación concreta de distintos grupos de productos. Los productos presentados a registro se incluyeron en una lista de procedimiento coordinado cuando el componente activo era el mismo en especialidades presentadas por más de una compañía farmacéutica. La valoración de los productos incluidos en el procedimiento se realizaría en base a principios de reconocimiento mutuo. Se hizo la evaluación de los productos incluidos en el procedimiento no coordinado en cada país. En España se designó como ponente al departamento de ingeniería química y tecnología farmacéutica de la Universidad de La Laguna, que evaluó los siguientes productos: de albúmina, microsueros de albúmina y macroderivados de albúmina. El grupo de trabajo contó con la colaboración de la Asociación de productores de radiofármacos y presentó los resúmenes bibliográficos y todas las características del producto. Todos estos estudios que se hacen cooperativamente con otros países europeos garantizan que, salvo situaciones esporádicas en las que pueda detectarse una alarma, los procedimientos se realizan correctamente.

He comentado también en mi presentación el hecho de que conocemos los lotes, los conocemos perfectamente, y por eso se detectó que, de los lotes en los que se nos informó desde el Reino Unido que se confirmaba que había un paciente donante de sangre diagnosticado con posterioridad de esta enfermedad —lotes 548, 554 y 556—, nosotros teníamos el 548 y 554. Conocemos exactamente —discúlpenme, no lo he traído, pero se lo puedo mandar dentro de unas horas o dentro de unos minutos—, no sólo por comunidades autónomas, sino por hospitales, el número de viales empleados, el número de lote y los pacientes a los que se suministró el vial. **(La señora Maestro Martín: No.)** Señora diputada, lo conocemos. No le gusta. Lo conocemos. **(La señora Maestro Martín: Es mentira.)** Usted confunde, señora diputada, y me va a permitir que se lo diga, esta información que sí que tenemos, el planteamiento ético acerca de la información al paciente, con el hecho del seguimiento. Ha estado confundiendo en su intervención. Nuestra posición, evidentemente, puede no ser la posición perfecta. De hecho, yo he sido absolutamente franco cuando le he comentado que los países se dividen entre los que sus comités de ética son partidarios de informar a los pacientes y los que no lo son. Usted parece que tiene clarísimo lo que tiene que hacer. Usted entonces estará de acuerdo con países como Irlanda. Nosotros tampoco es que lo estemos con países como el Reino Unido; simplemente pensamos que sobre el tema ético hay disparidad de opiniones por motivos muy justificados y nosotros nos hemos pronunciado por una fórmula concreta, que he explicado con profusión. Ahora bien, esto no significa —y usted ha querido implícitamente decir que lo significa— que el no informar al paciente, en el caso de que se considere así por los médicos responsables, implica

no hacer un seguimiento; no tiene nada que ver. Se puede hacer y se debe hacer un seguimiento de los casos, por los motivos que usted ha expuesto correctamente, pero eso no tiene nada que ver con la información que se pueda dar al paciente. Nosotros hemos optado por una vía en este tema tan discutible, en el que de hecho los países se dividen, y me alegro de que usted tenga las ideas tan claras. No sé si ha estudiado usted correctamente las implicaciones de una u otra postura, pero la cuestión merece un estudio serio; no se puede tomar con ligereza. En cualquier caso, la posición que ha adoptado nuestra Administración es una posición perfectamente coherente con las que han podido adoptar otras administraciones respecto a la información.

Usted ha vuelto a repetir: informar a los pacientes del riesgo concreto. ¿Qué quiere decir con informar del riesgo concreto, si usted misma ha dicho que el riesgo se desconoce? **(La señora Maestro Martín: No haga juegos de palabras. ¡Qué poca seriedad!)** No, es que es así, no es un juego de palabras, es así. La decisión de informar a los pacientes debe estar, a nuestro juicio, en el contexto de la relación médico-paciente. Con la posición que nosotros hemos adoptado no queremos decir que estemos copiando lo que han hecho en el Reino Unido o en Francia; simplemente decimos que es una decisión discutible. Dudo que S. S. tenga absoluta certeza de que la decisión que ha tomado Irlanda pueda ser correcta. Por lo menos tenga usted la duda de pensar que el tema es delicado como para poder abordarlo desde distintas perspectivas y la perspectiva de abordarlo desde la relación médico-paciente no es peor que las que hayan podido adoptar otros países. Pero, insisto, eso no excluye el seguimiento que haya que hacer. Usted ha anticipado, y está convencida de ello, que no tenemos la información. Tenemos la información por pacientes, sabemos la información por hospitales y sabemos la información por comunidades autónomas. Y el seguimiento es una cuestión que se hará —y el Ministerio está coordinando esta labor— sin necesidad de que los comités de ética de los hospitales tomen la decisión que estimen oportuna en cada caso concreto.— **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor subsecretario.

Por un tiempo máximo de dos minutos, y le ruego que se atenga estrictamente al tiempo, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Permítame, señor Castellón, que yo dude de por qué cauces el Ministerio de Sanidad se informa de quiénes son los pacientes que han recibido el lote, cuando hay declaraciones públicas a medios de comunicación del jefe de servicio de medicina nuclear del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, que ha distribuido lotes del fármaco, y del jefe de servicio de medicina nuclear del Hospital de Ávila, de Castilla y León, que ha distribuido también el fármaco, afirmando que no se ha apuntado el número de lote que se ha distribuido al paciente. Dígame usted, señor Castellón, cuáles son sus fuentes de información, si los servicios de medicina nuclear afirman que no se apunta el lote que se admi-

nistra a cada paciente. Me ha leído no sé qué procedimientos, que, evidentemente, no vienen a cuento, señor Castellón.

Yo lo que le he preguntado es por qué el Amerscan Pulmonate tiene licencia provisional desde 1992 y no tiene licencia definitiva, cuál es la causa; porque no tiene licencia definitiva. La ley dice que hay 200 días de plazo desde la licencia provisional a la definitiva; si, además, ustedes tienen datos como para dar la licencia definitiva, según se deduce de sus palabras, ¿qué están haciendo ustedes que están incumpliendo su propia normativa?

Señor Castellón, el real decreto de 1993 al que usted ha hecho referencia se está incumpliendo y se está incumpliendo con consecuencias gravísimas, como son las que tratamos esta mañana. Se está incumpliendo porque los servicios de farmacia hospitalaria desconocen las compras directas que hacen los servicios de medicina nuclear a los laboratorios. Por tanto, señor Castellón, ustedes carecen de las vías reglamentarias oportunas para poder controlar lo que está pasando con los radiofármacos en los hospitales. Por otro lado, se está incumpliendo ese real decreto que establece con meridiana claridad que hay que apuntar el lote del que proviene el fármaco utilizado en cada paciente.

Señor Castellón, yo he dado una cifra que procede de sus datos: 160 envases; 40, han conseguido retirar; 160, se han administrado; 5 viales, 8 unidades. Yo he dado una cifra...

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, por favor, no repita su intervención anterior.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Estoy haciendo mención a que, de datos muy concretos que yo apporto, el señor Castellón no me ha dicho nada. Dice que sabe cuáles son, pero yo le pregunto cuántos. Según los datos que obran en mi poder, son 6.400 personas. También quiero preguntarle, y con esto termino, qué estudios epidemiológicos se están realizando, porque a mí me da igual que haya una persona en el Carlos III o que haya 50, el problema es qué están haciendo, cuántas autopsias se han hecho a personas supuestamente afectadas de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y qué estudios epidemiológicos se van a poner en marcha con respecto a las 6.400 personas que han recibido el suero Amerscan Pulmonate contaminado con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Tenemos un grupo bien concreto de personas de riesgo — estará usted de acuerdo conmigo—, sobre las cuales es preceptivo hacer un estudio epidemiológico, para que se compruebe en qué medida el riesgo se transforma en un hecho cierto.

El señor **PRESIDENTE:** Señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (Castellón Leal):** Yo insisto en que se han suministrado 200 envases, que se retiraron 42 y que, en total, fueron utilizados 757 viales, aproximadamente un vial por paciente. Lo siento si no le gustan, pero éstos son los datos que hay. Con respecto al seguimiento, ya le he

dicho que hay un registro donde se hacen los estudios de los 132 casos que se han dado en España desde el año 1993. Todos son de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob clásica; no hay ningún caso de la variante. Se está haciendo este seguimiento conjuntamente con otros países de la Unión Europea. En todos prácticamente —no voy a decir en el 100 por cien; puede ser el 90 por ciento— se han hecho autopsias, porque el diagnóstico anatomopatológico es la única forma de confirmarlo. Evidentemente conocemos los pacientes porque sabemos exactamente dónde están los lotes, por hospitales. Usted me dirá en qué consiste un estudio epidemiológico, aparte de hacer un seguimiento, si no conoce usted el riesgo, si evidentemente la enfermedad no se ha producido, si no tiene usted ningún test, agradecería a S. S. que me dijera el diseño de estudio epidemiológico que sugiere, si es que lo conoce, que se puede hacer, aparte del seguimiento, como digo. Me gustaría conocer, y probablemente podríamos contrastarlo con otros epidemiólogos, qué otro tipo de estudio, de control, se puede hacer, cuando no se conoce la incidencia, y el riesgo y el período de incubación es largo, aparte de seguir a los pacientes.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: ¿Puedo contestar a una pregunta concreta que me ha realizado?

El señor **PRESIDENTE**: Le agradecería que se la pasase por escrito, porque tardábamos menos.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No, no.

El primer requisito para hacer un estudio epidemiológico es precisamente conocer a los pacientes y que ellos hayan sido informados, porque, si no, ya me contará usted cómo va a hacer un seguimiento de alguien que desconoce que haya recibido ese fármaco. Yo tengo llamadas de particulares y en ningún caso, en ninguno, se ha informado a la persona de que tiene riesgo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Mire usted...

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Por favor, señor Castellón, estoy en el uso de la palabra, se lo recuerdo.

Hay otro dato que me permitirá usted que le diga que es muy serio. El día 10 de febrero se advierte que hay un nuevo fármaco de un laboratorio sueco, Atgam, contaminado por la enfermedad de las vacas locas...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, ya ha contestado a la pregunta.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: ¿Está en España? ¿Está siendo distribuido en España? ¿Se ha retirado? ¿En qué hospitales? Es un nuevo caso que se añade al Amerscan Pulmonate.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Número uno, ese fármaco no está en España. Número dos, es evidente que a los pacientes a

los que se hace una gammagrafía pulmonar —y usted lo conocerá, porque es de la profesión— es porque tienen una enfermedad y están sometidos a un seguimiento. No es necesario, estrictamente, informar de este otro problema, para hacer un seguimiento de estos pacientes. Usted lo sabe de sobra. Son pacientes que están directamente controlados por el centro.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario. ¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Señor subsecretario, le agradecemos su comparecencia ante la alarma que se ha provocado por la distribución en España de este medicamento y de carne afectada por el síndrome llamado vacas locas.

Nuestro grupo cree que, ante una noticia de este tipo, la instrucción del Ministerio debe ser el bloqueo y la inmovilización inmediata, incluso ante la duda. Suponemos que esto se ha hecho, pero exigimos en todos estos sucesos un máximo rigor, evitar las deficiencias en los controles, actuar con rigor y eficacia en los controles de los servicios fronterizos y exigir, si hace falta, responsabilidades a la Unión Europea. Se tendría que hacer en coordinación con los otros ministerios implicados y a través de la Comisión de cooperación y coordinación de salud alimentaria, puesto que ésta existe.

En cuanto al medicamento Amerscan Pulmonate II, en su distribución, cuya competencia y autorización corresponde al Ministerio de Sanidad, se supone que se actúa conforme a la normativa vigente. Este medicamento ha sido localizado, como usted ha dicho, en varias comunidades autónomas. En el caso de Cataluña, donde también se ha localizado, los pacientes han sido informados de su administración y de su posible contaminación. Ya sabemos que la transmisión no es segura, pero, ante la duda, creemos que es obligación de los servicios sanitarios comunicar al paciente la posibilidad. En Cataluña, después de la identificación, se ha procedido a la elaboración de un protocolo de información, cerrado, personalizado, adecuado a cada situación particular, y a partir de ahí se hace un seguimiento epidemiológico, a fin de poder estudiar la evolución de la posible enfermedad y tener una total seguridad. Creemos que eso es lo que exige el respeto y la sinceridad ética. No hay que trasladar toda la responsabilidad a los profesionales de la medicina, como en otros casos; a ellos les corresponderá la manera de comunicárselo a sus pacientes, puesto que son los que los conocen directamente, pero nuestro grupo cree que ellos deben tener el derecho a saber las consecuencias que puede haber provocado este medicamento.

Esperemos que, en la reunión de este mes y con las explicaciones de los expertos, se apliquen las medidas que puedan ser necesarias. Si se precisan más estudios experimentales y epidemiológicos, que se hagan y que se dé tranquilidad a la población.

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

El señor **CABALLERO BASAÑEZ**: Gracias, señor subsecretario por su comparecencia.

Intervengo brevemente por no repetir algunas cuestiones anteriormente planteadas. En primer lugar, tengo que señalar nuestra coincidencia con parte de lo indicado por el portavoz del Grupo Socialista en relación con el enfoque dado desde el Gobierno español al problema de las vacas locas, desde una perspectiva más bien de sanidad animal y no tanto de sanidad pública. Asimismo, en lo relativo a la escasa información suministrada a los consumidores y que se ha traducido en una caída casi sinusoidal del consumo de carne vacuna en España. Como se va también detectando en otros problemas —y en estos momentos esto está sucediendo con otro tema—, ha faltado una política inteligente de información al público, que hubiese contribuido a tranquilizar a los consumidores.

El señor subsecretario se ha referido también a una serie de medidas adoptadas desde el Ministerio de Sanidad ante el problema que nos ocupa. Dentro de las medidas de control, ante las intoxicaciones por clenbuterol y ante posibles apariciones de encefalopatía espongiiforme bovina, resulta esencial, entre otras medidas, la vigilancia en los almacenes frigoríficos de carne. En Euskadi esta vigilancia se ha intensificado en los últimos años. Ello permite al departamento de Sanidad del Gobierno vasco conocer la situación en menos de dos horas, cuando se producen alarmas, como ocurrió con el desvío de carne británica a través de Bélgica; en Euskadi fue detectada en ese plazo, garantizándose que no llegara al consumidor, aunque no se pudo garantizar totalmente el consumo realizado por ciudadanos vascos en otras comunidades.

Para finalizar, quiero preguntar al señor subsecretario lo siguiente: ¿Qué medidas ha adoptado el Ministerio de vigilancia en los almacenes frigoríficos de carne en el ámbito territorial de su competencia?

Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Vázquez.

El señor **VÁZQUEZ VÁZQUEZ** (don Guillermo): No se trata en esta comparecencia, señor subsecretario, de practicar un alarmismo innecesario, pero es que este problema de las vacas locas está alcanzando proporciones demasiado preocupantes. Tampoco me parece que se trate en esta comparecencia de establecer una especie de pimpampum entre los diputados y el Ministerio, que es algo muy habitual. El Ministerio, el Gobierno, siempre lo hace todo bien y, a partir de ahí, con decir que en lo que propongan o digan los diputados no tienen razón está arreglado. Yo creo que más bien se trata de que el Ministerio recoja la preocupación que expresen los diputados en esta Comisión, y tenga por seguro que expresan la preocupación de mucha gente.

A mí me parece que hay una responsabilidad del Ministerio, de las autoridades sanitarias en general, y hay también responsabilidades que son más globales o difusas, pero que son las que causan el problema. Es la filosofía que se está aplicando últimamente en Europa y en el

mundo en general. El problema de la aparición de la enfermedad de las vacas locas está claro que tiene que ver mucho con esta filosofía. Los criterios productivistas, en los que la rentabilidad es el norte que se persigue, nos llevan a que se utilicen todos los medios para conseguir producir carne con el menor costo posible y eso es lo que hizo que no hubiera controles suficientes y se empezaran a utilizar vísceras de animales contaminados para producir piensos.

Hay un segundo problema, que es que, una vez que se detecta esa enfermedad y que se comprueba que se transmite al ser humano, al que por cierto le provoca la muerte nada menos, desde nuestro punto de vista, las medidas que se toman, a nivel europeo, para aislar el foco e impedir la extensión son pocas. Vuelve a aparecer el problema económico por medio y todos sabemos que se procede a sacrificar algunos animales. Los controles a la exportación de carne británica a mí me parece que son deficientes, más aún tal como están las fronteras en este momento. Recuerdo un Consejo de ministros o de jefes de Gobierno europeos en el que se decidió poner algún tipo de control a la exportación británica de ciertos productos cárnicos a Europa, pero de los que se permitía, por ejemplo, la exportación a terceros países, con lo que esto conlleva.

En tercer lugar, hay un problema de ocultación, a nivel europeo y no solamente español, para evitar la caída del consumo de carne. Hay programas de televisión e informes de prensa que hablan de que el mal de las vacas locas está, por ejemplo, en Alemania, en Portugal, etcétera, pero todo eso se va ocultando. Ahora aparece un nuevo problema, que es el del radiofármaco este del cual estamos hablando en esta Comisión, contaminado con plasma de personas que padecían la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y elaborado también, cómo no, en un laboratorio británico. Aquí sí que ya se crea un nuevo problema. Se habla de que hay 757 casos detectados en el Estado español, y ya que me pareció entender al señor subsecretario que conoce perfectamente los datos de las personas afectadas, me gustaría que me confirmase si es cierto el dato que hoy aparece publicado en los medios de comunicación de que, de esos 757 casos, 450 están en Galicia. Me gustaría que me confirmase ese dato.

Comparto que estamos ante una grave problema de salud y me parece que no basta con decir que no hay problema, que no hay evidencias de transmisión de la enfermedad por esa vía —como no se conoce, está claro que no hay evidencias—, que los pacientes estén tranquilos o que el Gobierno español y las comunidades autónomas, supongo que aconsejadas por el Gobierno, deciden optar por la vía de no informar a los pacientes. Yo, por no andar con divagaciones, tengo que decir que hoy —y estos días pasados, también— aparecen declaraciones de personas afectadas por la administración de este fármaco, en las que critican duramente que no fuesen informadas por las autoridades sanitarias. Por exponer un caso, la madre de una niña que podría estar afectada dice que no comió en todo el día de ayer, que anduvo dando vueltas y que se pasan la pelota de unos a otros. Hay centros que se dedican a algún seguimiento de salud que nos dice que reciben llamadas de personas que están asustadas, que trataron de enterarse del

problema y que critican la profunda irresponsabilidad de la Administración, que no se ha puesto en contacto con ellos ni los ha informado objetivamente. Yo le digo esto para que no se conforme con que la Organización de Consumidores y Usuarios, o quien sea, esté muy satisfecha. La gente, en general, no lo está, por lo menos la gente que padece este problema.

A mí sí que me parece también grave —se lo digo con todo respeto, pero con toda energía— que ni el Ministerio de Sanidad ni supongo que las comunidades autónomas en general, y si no desmíentame, no tienen previsto ningún plan de seguimiento de estos pacientes; en este momento no lo tienen.

Yo creo que este problema no se puede despachar simplemente con llamadas a la calma, sino que es necesario tener en cuenta, como siempre, la angustia y la preocupación de la gente. Desde luego el Gobierno ha de tomar medidas más decididas en el control de la enfermedad, en sus competencias propias, pero también hay que exigir de la Unión Europea una actitud más contundente en el control y en la erradicación de la enfermedad de las vacas locas. Ahí sí que conviene decir que cueste lo que cueste y a quien cueste, porque si no estaremos durante mucho tiempo repitiendo cuestiones semejantes.

Creo, y usted lo compartirá, que los intereses económicos no deben prevalecer sobre la salud humana y que el Ministerio, en colaboración con las comunidades autónomas, quien tenga competencias en cada momento, debe poner a disposición de los afectados todos los medios necesarios para efectuar un adecuado seguimiento de la enfermedad y que la angustia y la desconfianza que padecen muchas personas en la actualidad desaparezca. También le digo, señor subsecretario, que para eso no basta con la autosatisfacción, sino que hay que intentar poner más medidas de las que se han puesto hasta ahora.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Muchas gracias, señor subsecretario, por su prolija exposición y, sobre todo, porque no se haya dejado arrastrar por un cierto tono de dramatismo o por un apasionamiento casi operístico en alguna de las intervenciones anteriores. Digo lo del apasionamiento casi operístico porque el registro del tono de voz en algunos momentos ha alcanzado magnitudes de cierta envergadura.

Mi grupo desde luego que compartió la preocupación sobre el alcance de las noticias aparecidas en los medios de comunicación sobre la posible importación de carne de vacuno procedente de algunos países de la Unión Europea. No sé si el tiempo transcurrido —parece que no— ha servido para despejar cualquier duda sobre la actuación, sin duda rápida, rotunda y coordinada, de la Administración, pero en todo caso, si el tiempo no lo ha hecho, su presencia y su intervención hoy a mi grupo le ha convencido completamente. No compartimos, ni mucho menos, la afirmación que ha hecho algún grupo de que la acción de protección de los consumidores es responsabilidad única y ex-

clusiva de su departamento. Más bien nosotros pensamos que la protección de los consumidores es una política integral de cualquier Estado moderno y que esa visión compartimentalizada de esa política de protección está afortunadamente muy superada en todos los países de la Unión Europea. Afortunadamente, los consumidores son mucho más conscientes, en su generalidad, de lo que parece ser algún portavoz en esta Comisión.

Desde el día 2 de julio de 1997, en que se tuvo conocimiento de la declaración a la prensa de la señora Bonino, se han producido diversos acontecimientos y mi grupo tiene serias dudas sobre si, hablando de salud pública y protección a los consumidores, constituye la declaración a la prensa la vía más adecuada o la más eficaz para advertir siquiera sobre esa posibilidad a países miembros de la Unión Europea. Nos parece muy poco riguroso ese proceder. El objetivo, en todo caso, no debe ser generar más alarma o más polémica, sino proteger eficazmente a los consumidores. Y si a eso se suma una cierta negligencia en las actuaciones de la Comisión —parece ser que Holanda había informado ya en abril, es decir, más de dos meses antes, de la existencia de partidas de carne contaminadas, fraudulentamente introducidas en algunos países de la Unión Europea—, no parece que el proceder de la Comisión en este caso fuera el más adecuado.

En todo caso, y pese a ello, lo que nos queda claro es la rápida respuesta del Gobierno y del Ministerio de Sanidad y Consumo y la utilización eficaz del procedimiento previsto al efecto, que es nuestro sistema coordinado de intercambio rápido de información, la llamada red de alerta. Ya el mismo día 2 de julio se decreta la inmovilización de todas las partidas de carne existentes en nuestro país con alguna procedencia siquiera dudosa, y creo que eso es suficiente muestra de cuál es el compromiso en este caso del Ministerio de Sanidad y también de otros ministerios.

A mi grupo le interesa destacar especialmente que no se ha visto involucrada ninguna empresa española en todo este problema de llegada de carne de vacuno procedente presuntamente de países con problemas de vacas locas, lo cual contribuye, y es bueno que lo resaltemos, a la confianza de los consumidores en la convicción de que ninguna empresa española se ha prestado a un juego que pudiera lesionar los intereses y la salud de los ciudadanos. Esto choca precisamente con algunas declaraciones que el propio portavoz del señor Santer tuvo a bien realizar, el viernes 4 de julio, en las que decía que, en esa mafia que parecía trabajar el negocio de las subvenciones comunitarias y que afectaba a las vacas locas, participaban, quizá de buena fe, exportadores españoles, cosa que resultó absolutamente falsa y que no es de recibo en esta retahíla de despropósitos de destacados miembros de la Comisión Europea. En todo caso, se produjeron, como usted bien ha dicho, inmovilizaciones inmediatas por parte de las comunidades autónomas, se recabó información de cada caso concreto y de cada partida y se revisó toda la documentación de acompañamiento. Por tanto, el sistema funcionó, señor subsecretario, y se condujo a la inmovilización definitiva de una partida de poco más de 8.000 kilos de carne, después de que la inmovilización había afectado a numerosas

toneladas en la mayor parte de las comunidades de nuestro país.

Como conclusión de esta primera intervención, a mi grupo le interesa señalar que nuestra red de alerta, en este tema concreto de las vacas locas, ha funcionado eficazmente y felicitamos por ello a los responsables profesionales y a los responsables políticos. El Gobierno ha actuado con evidente premura en un asunto que la exigía y lo ha hecho además tomando primero medidas para proteger a los consumidores; ha puesto al ciudadano primero y después ha tomado aquellas actuaciones administrativas o diplomáticas que la situación también exigía. Lo importante era proteger al consumidor y después efectuar todas las actuaciones que se consideraran pertinentes en relación con otras administraciones, actuaciones que mi grupo apoya sin reparos, especialmente, la protesta oficial cursada a las autoridades de la Comisión Europea por el procedimiento, que sólo cabe calificar de impropio, y ahora que está tan de moda, también de desleal, cuya lejanía en el tiempo no merma su gravedad. Esperamos que no se repita por la propia credibilidad de las instituciones europeas, en primer lugar, y por la necesaria e imprescindible colaboración que es exigible en materia como ésta.

Dicho esto, señor subsecretario, mi grupo respalda y solicita que no se baje la guardia en relación con estos temas. La colaboración y cooperación con las comunidades autónomas y con la inspección de la sanidad exterior han de potenciarse al máximo mientras persistan las secuelas, siquiera psicológicas, de esta enfermedad y en prevención de cualquier problema que pueda poner en riesgo la salud de nuestros ciudadanos. Es necesaria una vigilancia exhaustiva y, desde luego, el objetivo es que no se produzcan problemas, ni de vacas locas ni de comisarías imprudentes.

Mi grupo entiende que se actuó con transparencia en la información, que es bueno que esta información sea rigurosa y fiable, que ésa es la principal salvaguardia para nuestros productores y para nuestros consumidores, porque la información, o no toda la información, puede dar lugar a elevar el nivel de protección de nuestros ciudadanos. Y no hay más que ver los titulares de prensa que se vienen produciendo en los últimos meses en relación con estas cuestiones. Por citar algunos, a título indicativo, a esta Comisión, son del siguiente tenor: cientos de británicos morirán en los próximos siete años; la bomba de relojería de las vacas locas; los consumidores de hamburguesas serán los más afectados, o las vacas locas matarán a cientos, quizás miles, de personas al año. A nosotros, este alarmismo, en absoluto demostrado, nos genera la preocupación de que esa información, que a veces se demanda pretendidamente y no dudamos que con buena intención, se convierta en una especie de batiburrillo de informaciones inconexas y sin evidencia científica, que, lejos de aportar crédito y seguridad a las actuaciones de las administraciones y de los consumidores, generan polémicas absolutamente innecesarias.

En relación con la segunda de las cuestiones planteada y por ir resumiendo, mi grupo parlamentario entiende que la actuación del Ministerio se corresponde con las recomendaciones que los expertos realizan sobre esta cuestión

y quiere señalar expresamente el riesgo de confusión que se tiende a producir en estas cuestiones respecto a lo que son recomendaciones políticas y lo que son recomendaciones o criterios estrictamente científicos. Nosotros defendemos la posición que su Ministerio ha adoptado en relación con que sean los criterios estrictamente científicos, y no otro tipo de consideraciones que parecen presidir actuaciones de otros grupos, los que muevan a los responsables ministeriales y a los profesionales sanitarios a desarrollar una serie de actuaciones. Por eso, esa inmediata inmovilización de los lotes que había en España constituye una medida precautoria —sin duda en esta cuestión es mejor prevenir que lamentar—, que está absolutamente justificada por la ausencia de una información epidemiológica sobre la transmisión de esta enfermedad y sobre sus otras características.

Coincidimos en la necesidad de que la información al paciente se haga por los canales profesionales y no por los periódicos de difusión nacional. Si sobre esto no hay un criterio coincidente, lo que sí considera el Grupo Parlamentario Popular es que muchas veces que demandamos —y otros grupos lo han hecho, incluso a través de iniciativas parlamentarias— la promoción de grupos, de comisiones de ética, de trabajos en esta dirección, que permitan instrumentalizar mejor este tipo de nuevas cuestiones, desde el punto de vista sanitario, hay que darles contenido y cuando llega un acontecimiento de estas características —desafortunado acontecimiento, por otra parte— parece ser que aquellos que demandan una mayor participación de estas comisiones de ética, de estos trabajos y de esta línea de actuación en materia sanitaria, pretenden que sean los responsables ministeriales los que llamen directamente a los ciudadanos. A este diputado desde luego le gustaría que, en un caso como éste, le comunicara cualquier situación de riesgo su propio médico y no un funcionario del Ministerio de Sanidad, y entiendo que ésa es una opinión compartida por todos y cada uno de nosotros, lo cual no quiere decir que el Ministerio de Sanidad no esté en contacto con todos los profesionales o con todos los gestores hospitalarios que puedan tener algún tipo de protagonismo en esta cuestión. **(Rumores.)**

Por tanto, doble recomendación, que sigamos actuando en la línea de establecer todas las cautelas y medidas, no solamente de orden administrativo, sino también de orden normativo —y me consta que su Administración está poniendo en marcha algunas iniciativas de estas características— y, sobre todo, que reforcemos la credibilidad en la actuación ética y profesional como uno de los mecanismos más importantes y más beneficiosos para encarar lo que sin duda constituye un reto sanitario, un reto que tiene una dimensión y que no conviene sacar de sus propias casillas. En relación con el primero de los casos, en España no se ha registrado ni se ha detectado —y creo que al final eso se nos ha pasado a todos— ningún caso de encefalopatía espongiforme bovina, ni de la enfermedad asociada a ella que afecta a los humanos, la nueva variante de la Creutzfeldt-Jakob, y pienso que eso es importante. De los 24 ciudadanos que se han visto

afectados por este motivo en Europa, ninguno pertenecía a nuestro país. Y sobre las patologías habituales de la Creutzfeldt-Jakob estamos en una situación estable, que no llama al dramatismo, sino a la continuidad en las políticas efectuadas y a la garantía de que la información que se dé sea rigurosa, por los canales profesionales, y no por las apelaciones o por los llamamientos políticos, que en algunos casos están fuera de lugar.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Agradezco las intervenciones y las preguntas de los señores diputados e intentaré contestar brevemente a todas ellas.

Decía el representante de Convergència i Unió, y nosotros lo creemos así, que, ante la sola duda, tenemos que proceder a tomar medidas, en este caso, inmovilización de las partidas pertinentes. Lo hacemos, como ha comentado recientemente el portavoz del Grupo Popular, porque nos interesa, primero, proteger al ciudadano y luego ya tomaremos las medidas pertinentes en otros contextos.

En relación con el radiafármaco sí le aseguro que hemos actuado conforme a la normativa, y el comportamiento que se ha tenido en Cataluña acerca de cómo informar a los pacientes es perfectamente coherente con el planteamiento que se ha hecho desde el Ministerio, que considera es una decisión que tiene que valorarse, no tomarse decididamente por el médico, pero sí valorarse en esta instancia. Cuando usted ha dicho, a mí me parece que correctísimamente, que se ha mandado una información adecuada a cada situación particular, eso es justamente a lo que yo me refería de enfrentarse al problema. Ha habido países que han opinado que sí, otros que no, pero nuestro punto de vista es que hay que adecuarlo a circunstancias particulares de cada paciente.

Coincidió también, lo he repetido antes, con lo que acaba de decir el portavoz del Grupo Popular, en que es una información que debe comunicarse en cualquier caso vía profesional, atendiendo a las especificaciones propias de cada caso.

Comentaba el señor diputado representante del PNV la cuestión de la perspectiva de sanidad animal versus la perspectiva de salud pública. Yo en la contestación que hice a la señora diputada socialista insistí mucho en que hemos mantenido la iniciativa desde el punto de vista de la salud pública, hemos intentado ser muy rápidos, hemos intentado comunicar, y lo hemos hecho con los consumidores, de hecho lo hemos realizado en los primeros días, y creemos que el tema desde el punto de vista de nuestro país se ha dado por zanjado en un tiempo muy breve y con todas las calificaciones pertinentes.

Sí creemos que el acto que pudo haber sobre la comercialización de carne de vacuno se ha visto revisado —y eso yo creo que es un buen signo— por tanto se han disminuido los temores, precisamente porque la información fue rápida y eficaz. En caso contrario la situación no hubiese sido la que realmente es en estos momentos.

En cuanto a las medidas que me ha planteado en relación con la vigilancia en los almacenes, debo decir que el Ministerio de Sanidad y Consumo no tiene competencia propia para las inspecciones a almacenes sino que la misma radica en las comunidades autónomas. El Ministerio sí trabaja en las fronteras, y a este respecto ya comenté en la primera intervención que tuve que estamos extremando, como parte de las medidas que se han tomado después de este incidente, el control en las fronteras a través de los servicios de sanidad exterior para impedir que entre carne británica, bien directamente o bien a través de terceros países.

En relación con la intervención del diputado señor Vázquez debo decir que no es automático, nosotros no decimos simplemente que ninguno de los planteamientos que se nos hacen son correctos. De hecho, yo estoy totalmente de acuerdo en que tenemos que proceder al seguimiento de estos casos, lo que sucede es que en algún supuesto nos dicen que hagamos el seguimiento pero automáticamente o por anticipado se nos niega incluso la posibilidad de que podamos hacerlo, imputándonos que desconocemos absolutamente los actos. Estoy totalmente de acuerdo con las preguntas que se han hecho incitándonos a que hagamos el seguimiento, que parece que es el comportamiento correcto. Es lo que vamos a hacer, pero desde luego que no se nos impida ya directamente hacerlo sobre la base de que no disponemos de información suficiente.

Preguntó también el señor diputado sobre los datos de Galicia. Los viales consumidos en la Comunidad Autónoma de Galicia son 207, y como ha habido antes ciertas dudas acerca de cuántos viales puede utilizar un paciente, le diré que se puede utilizar un vial en más de un paciente pero la situación real es que el producto tiene una vida muy corta por lo que es habitual que se utilice un solo vial por paciente. ¿Por qué? Porque se utiliza preferentemente en el diagnóstico de urgencia del embolismo pulmonar y no es probable que se produzcan al mismo tiempo dos embolismos pulmonares y se atiendan de urgencia. Por ello, aunque técnicamente es posible utilizar un vial para más de un paciente, lo normal es que se utilice uno sólo por paciente.

En relación con los planteamientos del portavoz del Grupo Popular, estamos absolutamente de acuerdo con que el proceder de la Comisión en el tema de la información tal y como se presentó no fue el correcto. Reclamamos por las vías procedentes y nos quejamos de la forma en que había tenido lugar esta comunicación, y desde luego no estamos dispuestos a que este tipo de cuestiones se planteen como se ha hecho, lo que ha dado lugar a una situación de cierta alarma incómoda para todos, y nos ha tocado trabajar intensamente durante esos doce días para que el tema se resolviese. Al final la propia Comisión reconoció que mucha información que se había vertido respecto a nuestro país no era cierta, había sido precipitada.

Simplemente quiero decir que en esta materia, igual que en otras, para el Ministerio de Sanidad y Consumo ahora, y cada vez más en el futuro, la cooperación con las comunidades autónomas es esencial, y seguiremos trabajando en esta línea. El funcionamiento de la red de alerta es un ejemplo de cómo funciona esta cooperación y los resul-

tados hasta la fecha yo creo que son magníficos en cuanto a la cooperación que se mantiene con las comunidades autónomas.

Por otra parte, y como ya he contestado a la señora diputada de *Convergència i Unió*, nuestro planteamiento respecto a la información a los pacientes es que siempre deben utilizarse los canales profesionales, y ésta es nuestra posición, independientemente de lo que se haga en otros países. **(El señor Vázquez Vázquez, don Guillermo, pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Vázquez.

El señor **VÁZQUEZ VÁZQUEZ** (don Guillermo): Un minuto, señor presidente. Es para aclarar un dato, a ver si yo entendí perfectamente. Si se utilizaron 207 viales usted lo que nos dice es que habría 207 pacientes afectados. Pregunta.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): He comentado que normalmente la estimación que hacemos es uno por paciente, pero tampoco puedo saber en este momento si en un servicio han llegado más pacientes que eran susceptibles de una gammagrafía pulmonar y, por tanto, se ha utilizado el mismo vial para más de uno. Normalmente no es así.

El señor **VÁZQUEZ VÁZQUEZ** (don Guillermo): Le digo esto porque la subdirectora de farmacia de la Xunta de Galicia dice que hay 450 afectados. Lo digo por contrastar un poco estos datos.

El señor **PRESIDENTE**: Terminada la comparecencia del señor subsecretario, y antes de pasar al segundo punto del orden del día, hacemos un receso de cinco minutos, entre otras cosas por abrir las ventanas porque hace mucho calor.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (ROMAY BECCARÍA) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA LISTA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA FINANCIACIÓN POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000548).**
- **LAS DENOMINADAS «LISTAS NEGATIVAS» DE MEDICAMENTOS, COMO RESULTADO DE LA AMPLIACIÓN DEL DECRETO DE FINANCIACIÓN SELECTIVO DE MEDICAMENTOS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/001219).**

— **CRITERIOS CON LOS QUE SE HA ELABORADO LA RELACIÓN DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 213/000553).**

— **RAZONES POR LAS QUE LA RECIENTE DECISIÓN GUBERNAMENTAL DE EXCLUIR DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA MÁS DE MIL MEDICAMENTOS MERECE LA CLASIFICACIÓN DE «SUPERMEDICAMENTAZO», PARA DISTINGUIRLO, POR SUS NOTABLES DIFERENCIAS, DE MEDIDAS DE ANTERIORES GOBIERNOS, E INFORMAR ASIMISMO DE LOS EFECTOS QUE DICHA DECISIÓN VA A TENER SOBRE LA SALUD Y LA ECONOMÍA DE MILLONES DE CIUDADANOS DE NUESTRO PAÍS, ESPECIALMENTE LOS DE RENTAS MÁS BAJAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO (Número de expediente 213/000558).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión con el segundo punto del orden del día que es la comparecencia del señor ministro de Sanidad y Consumo, don José Manuel Romay Beccaría, para informar de la lista de medicamentos excluidos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud. Esta petición de comparecencia ha sido hecha por los grupos parlamentarios Socialista, Popular, Federal de Izquierda Unida y Mixto.

Agradecemos al señor ministro su comparecencia en la Comisión y sin más preámbulos le damos la palabra.

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, como se ha señalado, a petición de los grupos parlamentarios Popular, Socialista, Federal de Izquierda Unida y Mixto, para explicar a SS. SS. los criterios con que se ha elaborado la relación de medicamentos que el Gobierno propone excluir de la financiación pública.

Dado que el contenido de la petición de comparecencia es prácticamente el mismo que motivó otras iniciativas parlamentarias es posible que tenga que reiterar algunos argumentos que ya expuse ante SS. SS. en otras ocasiones. No obstante, entiendo que esta comparecencia debe permitir aclarar algunos extremos y enriquecer el debate que se ha generado en torno a este tema, al que puedo asegurar que otorgamos la máxima importancia, como no podía ser de otra forma.

En diversas ocasiones he tenido oportunidad de transmitir a SS. SS. la inquietud de los responsables sanitarios, de todos los responsables sanitarios, ante el crecimiento del gasto sanitario público farmacéutico, que ha venido elevándose en los últimos años de forma muy importante y, en todo caso, muy por encima del crecimiento del índice de precios al consumo, con un diferencial que en el pe-

riodo 1986-1996 ha estado en cifras muy altas, con un crecimiento acumulativo anual del 14,5 por ciento, pasando de 249.000 millones de gasto en 1986, a 888.000 millones en 1996. En otras palabras, España gasta en farmacia casi el 25 por ciento del presupuesto sanitario, cifra muy por encima de la media de los países de la Unión Europea que está entre el 15 y 16 por ciento, lo que no tiene, a nuestro juicio, ninguna justificación si se analiza en el contexto del crecimiento de los gastos corrientes del sistema o de las necesidades de salud de los ciudadanos. Afortunadamente, durante 1997 este crecimiento del gasto farmacéutico se ha moderado, situándose en un incremento del 5,42 por ciento con relación al año anterior, aunque está tres puntos por encima del incremento del IPC.

He dicho en alguna otra ocasión que estamos ante un problema severo que incide sobre las bases de la estabilidad financiera del sistema sanitario público y, lo que quizá es más importante, que este elevado gasto farmacéutico detrae importantes recursos económicos, limitando que se atiendan otras necesidades de atención sanitaria prioritaria de los ciudadanos.

El Gobierno y las comunidades autónomas, a través del Consejo de Política Fiscal y Financiera, han hecho un considerable esfuerzo para mejorar el presupuesto del Sistema Nacional de Salud, acordando un modelo de financiación para la sanidad pública, para el período 1998-2001, que supone un avance considerable en la consolidación de la estabilidad financiera de la sanidad, gracias al cual el presupuesto crece en 1998 en 386.000 millones de pesetas respecto a 1997, lo que supone más de 200.000 millones por encima de lo que hubiera crecido el presupuesto según el modelo anterior.

Sin embargo, en sanidad, como en todo, los recursos son siempre limitados frente a la demanda generada por las expectativas de los ciudadanos. Esta realidad incontestable obliga a las administraciones sanitarias a buscar fórmulas que permitan lograr la mayor rentabilidad en términos de salud a los recursos que la sociedad, a través de sus legítimos representantes, decide asignar para atender las necesidades sociales.

En este orden de cosas, el Gobierno tiene obligación de introducir las medidas necesarias para lograr la máxima eficiencia en la asignación de los recursos disponibles, al tiempo que se avanza en asegurar la equidad del sistema y la cobertura de las necesidades de los ciudadanos. Entre estas medidas el Gobierno está proponiendo la exclusión de la financiación pública de un determinado número de especialidades farmacéuticas, en concreto 588, porque las 261 restantes han sido anuladas en los cinco últimos años, aunque es cierto que aún pueden encontrarse residualmente en las oficinas de farmacia, en tanto no se alcance la fecha de caducidad.

Los motivos por los que estamos planteando la exclusión en la financiación pública de estos 588 productos farmacéuticos son los siguientes: Primero, el acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997, sobre consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que dentro de las fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica se propone establecer la progresiva se-

paración entre registro y financiación por el Sistema Nacional de Salud para las nuevas especialidades, al tiempo que se regula la posibilidad de financiación selectiva en algunos medicamentos y tan sólo para determinadas indicaciones.

Segundo, el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, al que antes me referí, de 27 de noviembre de 1997, sobre financiación de la sanidad para el período 1998-2001, aprobado por unanimidad por las comunidades autónomas que gestionan la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en el que considerando que el crecimiento del gasto de farmacia presenta una trayectoria alcista respecto de los demás gastos corrientes del sistema, que no se justifica en base a las necesidades de salud, el Consejo propone que se proceda a restringir la financiación pública para los medicamentos de limitado valor terapéutico.

Tercero, la Ley del Medicamento, cuyo artículo 94.5 establece que se revisará periódicamente y actualizará la relación de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica, de acuerdo con las disposiciones presupuestarias, la evolución de los criterios de uso racional, los conocimientos científicos y los criterios generales de financiación expuestos en la misma ley. Esos criterios, a los que se refiere el artículo 94.5, obligan a tener en cuenta la gravedad, duración y secuelas de las patologías, las necesidades de ciertos colectivos, la utilidad terapéutica y social del medicamento. Expresamente se autoriza la no financiación de medicamentos cuyas indicaciones sean sintomatológicas o para síndromes menores o de aquellos grupos cuya financiación pública no se justifique o no se estime necesaria. En definitiva, se consagran los principios básicos de financiación de la prestación farmacéutica, los que aconsejan el uso racional del medicamento y una adecuada consideración de su coste y eficacia.

A partir de este marco, el criterio básico que ha manejado el Gobierno para la elaboración de la propuesta de lista de medicamentos que se excluirán de la financiación pública ha sido la valoración de las necesidades de los pacientes, para asegurar el mantenimiento de un alto nivel de cobertura de la propia prestación farmacéutica. Se han tenido muy en cuenta las repercusiones sobre los colectivos de pacientes más desfavorecidos y, a estos efectos, se han introducido excepciones que permitirán la utilización restringida de algunos medicamentos en patologías o indicaciones concretas.

La relación de medicamentos que se propone excluir se ha elaborado en base a criterios de carácter sanitario, con preferente atención a los colectivos más desfavorecidos, de uso racional del medicamento y de evolución del conocimiento científico tal y como expresamente se dispone en la Ley del Medicamento. Además, estos criterios técnicos, en concreto el mandato de la Ley del Medicamento, no difieren de los que utilizó el Gobierno en el año 1993, apoyado por otro partido, cuando introdujo la financiación selectiva de medicamentos, tal y como fácilmente puede constatar en la memoria del real decreto elaborado en aquella fecha. En concreto, se dijo entonces que se manejaban como criterios el valor terapéutico no suficiente-

mente demostrado en especialidades farmacéuticas destinadas a síntomas menores, que evidentemente coinciden con los que ahora se están utilizando. Sin embargo, en este caso la medida no se dirige a objetivos de ahorro genéricos sino, como ya he señalado, a objetivos de carácter sanitario. En esta ocasión, la lista que se propone, que no dudo en calificar de muy equilibrada, parte fundamentalmente de las necesidades de los pacientes como factor esencial y —como ya indicaba anteriormente— afecta solamente a 588 especialidades en alta, cuando la lista negativa anterior afectó a 925 especialidades. En este caso están afectados 40 grupos, en el año 1993 resultaron afectados 68. Esta lista de productos representa el 3,7 de la factura farmacéutica, con un precio medio por envase de los productos de 418 pesetas, cuando el precio medio de los medicamentos que se consumen en el Sistema Nacional de Salud alcanzó las 1.660 pesetas en 1997.

Un análisis objetivo y racional del listado de medicamentos que el Gobierno ha propuesto retirar de la financiación pública pone de manifiesto que la priorización se ha realizado en base a los siguientes criterios: medicamentos en los que el beneficio de los pacientes es limitado y para los que existen otros abordajes terapéuticos más adecuados. Este grupo representa el 35 por ciento del total de la lista; medicamentos para el tratamiento de síntomas y síndromes menores, es decir, para patologías leves no crónicas, en las cuales existe un alto grado de automedicación, y representa el 25 por ciento de la lista. Estos medicamentos no están financiados en la inmensa mayoría de los sistemas de salud públicos europeos; sin embargo, cuando el medicamento indicado en síntomas menores requiera su utilización en el contexto de una enfermedad crónica, siempre estará garantizada su financiación pública, tal y como se recoge expresamente en el proyecto de real decreto por el que se amplía la selección de medicamentos a efectos de su financiación por Sistema Nacional de Salud. Así, por ejemplo, se excluyen de la financiación productos destinados al tratamiento del acné leve que se resuelven con eficacia con medidas de carácter general y autocuidados, y, por el contrario, los medicamentos destinados al acné moderado y al severo permanecen incluidos dentro de la financiación pública. Asociaciones de medicamentos a dosis fijas, cuya presentación farmacológica resulta poco justificable, según los criterios científicos que se utilizan actualmente en terapéutica. Este grupo de productos supone el 40 por ciento del total de la lista y la práctica totalidad de los mismos no se encuentra comercializada en los países europeos con sistemas sanitarios de reconocida calidad y prestigio. En este punto conviene insistir en que se excluyen las asociaciones de medicamentos a dosis fijas, pero permanecen en la oferta de la Seguridad Social y, por tanto, son financiadas públicamente, las especialidades correspondientes como monofármacos que contienen un solo principio activo. Es el caso del Clamoxyl mucolítico, que está compuesto de amoxicilina, que es un antibiótico, e hidromexina, que es un mucolítico, quedando financiado el Clamoxyl como monofármaco que es la Amoxicilina. Lo mismo se podrá decir de la Buscapina compositum, o del Nolotil compo-

tum, ya que siguen estando financiados tanto el Nolotil, como la Buscapina.

Por tanto, la medida que se propone adoptar, permite garantizar la racionalidad en la prescripción y asegura el acceso de los pacientes a los tratamientos que en cada caso precisan. Además, ningún medicamento de los que se propone excluir requiere de un uso continuado, y en el supuesto de que se prescribiera para enfermos crónicos tendrá garantizada siempre su financiación pública. Con estas premisas se garantiza que la calidad asistencial que se proporciona a los ciudadanos no se verá afectada en ningún caso, y que de ninguna manera se actúa contra los pacientes en general ni contra ningún colectivo en concreto. Debe resaltarse además el hecho de que el ahorro que se consiga con esta medida revertirá en el propio sistema sanitario. Los recursos económicos derivados de la exclusión de estos medicamentos se destinarán a financiar la asistencia sanitaria, es decir, a mejorar los recursos tecnológicos de los centros sanitarios, a promover la construcción, reforma y dotación de los hospitales, a impulsar programas de salud prioritarios, en definitiva se dedicarán a promover la mejora general del sistema, al tiempo que se posibilita la adecuación del arsenal terapéutico financiado con fondos públicos. En efecto, cada año se incorporan a la prestación farmacéutica pública varios centenares de especialidades, muchas de ellas de altas tecnologías y precio muy elevado, lo cual permite garantizar que el arsenal terapéutico financiado por la Seguridad Social, por el Sistema Nacional de Salud español, se actualiza permanentemente y sin ninguna demora, de acuerdo con los avances de la moderna investigación y del conocimiento científico. Sin embargo, puesto que los recursos no son ilimitados, si no se hacen revisiones periódicas de la prestación farmacéutica en base a los conocimientos científicos en continua evolución, no sería posible considerar la inclusión en la financiación de todas las novedades terapéuticas con independencia de su precio. Por otra parte, la exclusión de la financiación pública de los fármacos que se proponen, debe contextualizarse dentro de una política integral y coherente de medicamentos, que por primera vez se aplica por una Administración sanitaria, y que incluye la reducción del 2 por ciento en el margen comercial de las oficinas de farmacia, y del uno por ciento en los distribuidores, lo que ha conducido a una disminución de casi el 4 por ciento en el precio de los medicamentos; un acuerdo con la industria farmacéutica que reportará 39.000 millones de pesetas en 1998 para la financiación del Sistema Nacional de Salud; el diseño e implantación de una política de genéricos, que ha permitido existan ya más de 87 productos registrados, en las próximas semanas 31 más, que tienen ya el conforme sanitario de la Comisión Nacional de Evaluación del Medicamento; la introducción de precios de referencia, para lo que se ha procedido a modificar la Ley del Medicamento; el establecimiento de programas de uso racional del medicamento a nivel de las gerencias de atención primaria y a las de salud; la elaboración de boletines farmacoterapéuticos a nivel de las áreas de salud; la dotación a los médicos de atención primaria del Insalud de terminales autónomos informáticos, dentro del denominado programa

Tair, lo que mejora la capacidad de control y racionalidad de la prestación farmacéutica. Para finalizar, únicamente quiero señalar que todos los países de nuestro entorno aplican programas de financiación selectiva, ya sea de manera continua, como en Francia, donde de forma sistemática se revisan los medicamentos financiados, o puntualmente, como en el resto de los países de la Unión Europea sin excepción alguna, donde periódicamente se amplían las listas negativas de medicamentos o las restricciones en las listas positivas.

Muchos de los grupos de fármacos que hoy se ha considerado excluir hace años que o bien no existen en otros países o están fuera de la financiación pública. También quiero señalar a SS. SS. que en la elaboración de esta lista han trabajado expertos altamente cualificados que han manejado los criterios que anteriormente les he señalado y que son los aceptados por la comunidad científica internacional.

En resumen, los objetivos que se persiguen son los siguientes. El primero y más importante es promover el uso racional de los medicamentos, financiando con fondos públicos los más eficaces y las innovaciones terapéuticas que se incorporan al Sistema Nacional de Salud cada año y que son varios centenares. Además, respaldar el trabajo realizado por el Insalud y los servicios de salud de las comunidades autónomas con competencia en asistencia sanitaria en los programas de uso racional de los medicamentos, según los cuáles se recomienda a los médicos disminuir o abandonar la prescripción de la mayoría de los medicamentos recogidos en la lista. Por último, garantizar la reorientación de los recursos hacia la búsqueda de la máxima eficiencia en términos de impacto sobre la salud de los ciudadanos.

A lo largo del trámite de audiencia al que se someterá, como es preceptivo, el real decreto por el que se amplía la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, serán tomadas en consideración las aportaciones de sociedades científicas y profesionales, así como de la Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento, órgano consultivo asesor en esta materia, y estoy seguro de que, dada la calidad del trabajo que se ha hecho y el contenido de la lista, merecerá el apoyo de estos órganos que la tienen que informar. Además, el proyecto se someterá al informe preceptivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con carácter previo a su remisión al Consejo de Estado y su posterior elevación al Consejo de Ministros.

En definitiva, se ha previsto un trámite de audiencia pública y consultas muy extenso y completo, de manera que el proyecto se ajuste fielmente, con el respaldo de la comunidad científica española, a los criterios de uso racional del medicamento y de evolución del conocimiento científico recogido expresamente en la Ley del Medicamento y garantizando siempre la total cobertura en la prestación farmacéutica a todos los pacientes.

Señorías, antes de que se inicie este proceso de audiencia, como durante el mismo, en el momento que S. S. estime conveniente, tendremos ocasión de estudiar cualquier

tipo de alegaciones que se puedan formular sobre esta cuestión.

Con esta exposición, señor presidente, señoras y señores diputados, doy cumplimiento al trámite de la comparecencia ante esta Comisión para explicar el contenido de esta propuesta del Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de dar la palabra a los distintos portavoces les pido, puesto que conocen el reglamento, se atengan el máximo posible al cumplimiento de los tiempos, ya que tengo conocimiento de que van a intervenir todos los grupos parlamentarios y si agotamos los mismos vamos a llegar a una hora avanzada.

Tiene la palabra, en primer lugar, la representante del Grupo Parlamentario Socialista, señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Gracias, señor ministro, por su comparecencia y por las explicaciones que acaba de facilitarnos.

Para aprovechar el tiempo que parece que el presidente va a administrar cicateramente, habida cuenta de la importancia del asunto que trae el señor ministro...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, cicateramente no. Usted conoce la generosidad de este presidente, que lo único que pide es la generosidad también de los portavoces para que colaboren, pero por favor no abusen.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, como conozco su generosidad, me sorprende la advertencia previa. No obstante, no vamos a excedernos, sin que vamos a tratar de utilizar bien el tiempo del que disponemos.

Señor ministro, he escuchado atentamente su exposición, como estamos siguiendo atentamente las explicaciones que desde su Ministerio y desde el Gobierno se están dando para explicar la decisión que el Gobierno ha tomado, de la que hemos tenido conocimiento por algunos periódicos que consiguieron esa lista de medicamentos para publicarla.

Quiero hacerle un comentario previo. Con esta medida, el Gobierno del Partido Popular incumple absolutamente un compromiso electoral y un compromiso expresado por el señor Aznar y los responsables de la política sanitaria. Es un asunto grave, señor ministro, que si minimizáramos estaríamos devaluando algunos principios que en política hay que recordar, sobre todo cuando se incumplen. Por tanto, la primera consideración es que es muy grave haber adoptado determinadas posiciones ante un asunto concreto como éste, haber comprometido con los electores la restitución a la financiación pública de los medicamentos que excluyó el Gobierno socialista y salir ahora con una medida de esta naturaleza sin pedir previamente excusas, como mínimo.

Le hago esta reflexión, señor ministro, porque me parece de elemental seriedad a la hora de abordar esta cuestión y porque me empiezan a preocupar algunos comentarios que se están produciendo desde el Gobierno, ya que nos obligaría a situar el debate en unos términos que he-

mos tratado de evitar hasta ahora. Señor ministro, si vemos el «Diario de Sesiones» del Congreso que recoge cada ocasión en la que el Grupo Popular se dirigió al Grupo Socialista para hablar de esta cuestión, bastaría su lectura para sonrojar al político con más desparpajo que podamos imaginar en la actualidad. No lo vamos a hacer y no lo estamos haciendo. Por eso nos gustaría que se valorara esa actitud y no se permitieran algunas imputaciones o algunos comentarios que nos están empezando a resultar intolerables.

Ayer compareció en el Senado un alto cargo del Ministerio y tuvo un tono casi amenazante. Le ruego lea el «Diario de Sesiones» y considere esta protesta.

Estamos viendo, además, la actitud del Gobierno, que no es exclusiva de esta materia pero sí de los asuntos más difíciles, de echar la culpa siempre a alguien. Esto ya empieza a resultar irritante, sobre todo en una medida como ésta. No puede decirnos, señor ministro, que somos los grupos políticos los que estamos alarmando a la población. Es una acusación seria, grave, infundada y ofensiva para mi grupo parlamentario, y por eso quería hacerle estas consideraciones previas, segura de que por su talante y sensibilidad se va a rectificar esta actuación. Expliquen lo que quieran y como quieran, pero no incurran en esos comportamientos, máxime, como le digo, cuando algunos estamos haciendo el esfuerzo de contención que significa no sacar y leer lo que está a disposición de todos y que sería de una elocuencia demoleadora.

Dicho esto, quiero explicarle por qué el Grupo Socialista se opone a esta medida, por qué se va a seguir oponiendo y por qué creemos que tiene razón todo el que está dispuesto a impedir que la medida que ustedes han anunciado se lleve a la práctica. Voy a explicárselo con claridad, para ver si somos capaces de desentrañar cuáles son las similitudes y las diferencias entre unos y otros.

Señor ministro, esta medida trae causa del acuerdo de financiación adoptado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera en el que se recoge el acuerdo de financiación para los próximos cuatro años que tiene un apartado que hace referencia a las medidas de ahorro farmacéutico, las cifra en 65.000 millones/año y dice que se examinarán en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El primer punto que llama la atención es que esto se manda a los periódicos sin que el Consejo Interterritorial, por mis noticias, haya tenido ocasión hasta ahora de examinar, discutir o conocer la lista.

No hay, señor ministro, y sabe que es un asunto que discutimos y tiempo vamos a tener de seguir haciéndolo porque es muy importante, una financiación adicional en 1998 de 380.000 millones para la sanidad. En relación al modelo anterior, según nuestras cuentas, hay 52.000 millones adicionales a lo que suponía la aplicación del modelo anterior, pero sí existe una previsión de reasignación interna de recursos que es ésta de 65.000 millones que ustedes deciden —mejor dicho se decide en el Consejo de Política Fiscal y Financiera— recortar del gasto farmacéutico durante cuatro años.

¿Cómo se consigue esta cantidad? Hay un asunto determinante, que es el acuerdo que ha firmado usted con Farmaindustria, en virtud del cual, Farmaindustria va a hacer

unas aportaciones a este ahorro adicional de 65.000 millones que según nuestras cifras no alcanzan el 8 por ciento de esa cantidad total que se va a recortar de farmacia, y luego le explicaré por qué.

Farmaindustria va a aportar una suma que usted acaba de decir que para el año 1998 es de 29.000, ni siquiera sostiene que para el año 1998 van a ser 39.000. **(El señor Ministro de Sanidad y Consumo, Romay Beccaría: Le he dicho 39.000.)** Entonces yo le he entendido mal. Ustedes dicen 39.000 y yo voy a tratar de explicarle por qué nosotros pensamos que esa cantidad es menor y el resto —hasta los 65.000 millones este año, el que viene desde los 26.000 que ustedes dicen hasta los 65.000, el tercero y el cuarto no se sabe porque el acuerdo con Farmaindustria sólo es para dos años—, como explicó ayer el señor Núñez en el Senado, lo van a pagar los usuarios.

El señor Núñez dijo, y por eso le digo que tiene interés su comparecencia de ayer por varias razones, que, de los 381.000 millones más que hay en Sanidad según ustedes, 65.000 se consiguen a través de financiación selectiva y el Ministerio lo único que ha hecho, leo textualmente, ha sido, en lugar de 65.000 millones, conseguir 30.000 de retorno de la industria farmacéutica y trasladar a los usuarios la necesidad de que ellos ayuden a aportar el resto de esta financiación. Es decir, ustedes deciden recortar el gasto farmacéutico en 65.000 millones anuales; imputan y acuerdan una parte de retorno que va a hacer la industria de sus beneficios o como aportación a este ahorro adicional, y el resto, señor ministro, lo van a pagar los pacientes. Eso es lo que ayer ha dicho el señor Núñez y ésa es la realidad.

¿Cómo lo van a pagar los pacientes? Porque ustedes elaboran una lista sobre cuya validez o utilidad terapéutica yo no voy a decir ni una sola palabra y lo que digan los expertos será lo que aceptemos todos. Además, yo no soy médico y no está en mi ámbito de responsabilidad pronunciarme sobre la utilidad terapéutica de los medicamentos. Esa lista sobre la que el Grupo Socialista todavía no se ha pronunciado, ustedes la presentan diciendo que contiene medicamentos seguros, eficaces y de calidad, señor ministro; esto es textual, está en todos los teletipos y en todos los periódicos que recogieron la presentación oficial de la lista: son medicamentos seguros, repito, eficaces y de calidad. Usted también nos explica que va a haber excepciones para determinados pacientes y determinadas enfermedades, lo cual avala esa consideración de que los medicamentos son necesarios porque, si no, no habría que hacer excepciones.

Ustedes acuerdan con la industria farmacéutica, y es un elemento esencial del pacto, la puesta en marcha, la generalización, la utilización de una receta oficial de la Seguridad Social. Dicen ustedes que ya estaba hecha, pero que no debía estar puesta en marcha puesto que es objeto esencial de ese acuerdo; objeto esencial y así lo ha reconocido Farmaindustria, señor ministro. Aquí, en el acuerdo, se dice 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 la financiación pública se puedan realizar en recetas oficiales de la Seguridad So-

cial; recetas y actuaciones que se llevarán a cabo previa o simultáneamente a la introducción de nuevas exclusiones. Estas actuaciones de generalización de estas recetas son elemento esencial del acuerdo, señor ministro. Si no se generalizan, en el punto octavo se prevé que la aportación de 1999 de la industria se revise y, además, se prevé finalmente que, para llevar a cabo este compromiso de la receta, se desarrollarán mediante la adopción de los instrumentos jurídicos adecuados.

De manera que se saca una lista diciendo que son medicamentos serios, seguros, eficaces y de calidad; se adquiere el compromiso con la industria de poner en marcha y generalizar una receta oficial nueva y, además, señor ministro, se liberalizan los precios de los fármacos que están en esa lista. ¿Y la liberalización qué significa? Pues mire, nos lo explica el acuerdo que ha firmado usted con Farmaindustria, que dice que el Ministerio de Sanidad —punto ocho de los expositivos—, dentro del ámbito de sus competencias, propondrá que los porcentajes de incrementos de precios para las especialidades farmacéuticas no financiadas con cargo a fondos públicos estén en relación —los aumentos de precio— y coadyuven, especialmente en el primer año, con el esfuerzo que realiza la industria farmacéutica por las medidas contempladas en este acuerdo. Es decir, que lo que la industria va a aportar en virtud de este pacto, el Ministerio lo va a poner en relación a la hora de decidir proponer la subida de los precios.

Entonces, señor ministro, el cuadro es: se sacan de la financiación pública unos medicamentos que el Ministerio considera seguros, eficaces, de calidad y, por tanto, necesarios, y la prueba es que hace excepciones; se facilita un mecanismo para que se sigan recetando igual, que es la receta oficial que aquí se compromete el Ministerio a generalizar en el sistema, por tanto, se pasan a la financiación privada de los pacientes que, o porque se lo prescriba su médico o porque son medicamentos conocidos y siguen demandando, resulta que lo van a pagar. Cuando pasa al bolsillo de los pacientes, señor ministro —un 60 por ciento más a los activos, un cien por cien a los pensionistas—, se liberalizan los precios y se suben, y la prensa de estos días nos dice que la industria ha cifrado en un 30 por ciento el aumento posible para eso medicamentos.

Señor ministro, eso no es una política de uso racional del medicamento; eso no es despojar el vademécum actual de los medicamentos obsoletos o que no está justificada su financiación pública; eso es obtener el complemento necesario hasta 65.000 millones a través de trasladar lo que hasta ahora se financiaba en el sistema público al bolsillo de los pacientes. Eso es, señor ministro, poner a pagar a los pensionistas por primera vez en los medicamentos que sigan demandando o que les receten sus médicos. Eso es, señor ministro, recortar una prestación sanitaria importante, como es la farmacéutica, no por razones de uso racional del medicamento, sino por razones económicas. Ése es el desacuerdo, señor ministro.

Mi grupo le ha ofrecido, en las demandas de conocer cómo se estaba elaborando la lista, colaborar a explicar a la población qué es esto del uso racional del medicamento,

por qué hay medicamentos que no deben estar financiados públicamente; le ha ofrecido el apoyo para explicar eso. Ustedes lo han rehusado —hemos conocido la lista por los periódicos, nadie nos ha llamado para pedirnos opinión—, y la medida que nos presentan, señor ministro, tiene muchas diferencias con la lista del año 1993, muchas; entre otras, señor ministro, que no estaba vinculada a un acuerdo con la industria farmacéutica. El decreto de financiación selectiva entró en vigor, me parece, en mayo o junio del año 1993, nada que ver con el debate presupuestario, nada que ver con ningún acuerdo con la industria farmacéutica; era una medida de uso racional del medicamento, señor ministro, que, de paso, podía ahorrar dinero, y ése era un objetivo que nos preocupó mucho.

Ustedes lo vinculan a un acuerdo con la industria, acuerdo, señor ministro sobre el que yo quiero hacerle alguna pregunta, si tiene la atención de contestarla. ¿Con qué título firma usted para obligar a todo el Sistema Nacional de Salud? ¿Por qué no firman los consejeros de las comunidades autónomas y no comparecen en el texto del acuerdo que yo tengo? ¿Por qué no están las comunidades autónomas en el comité de seguimiento que es paritario entre el Ministerio y la industria? ¿Cuántos laboratorios se han adherido a la firma del convenio, que según prevé tenían veinte días para hacerlo? ¿Por qué, señor ministro, esta medida se ha adoptado tan unilateralmente por el Ministerio? ¿Por qué la hacen pública sin que la conociera nadie, sin que nadie haya tenido oportunidad de participar? ¿Por qué, señor ministro, han modificado ustedes la Ley del Medicamento para cambiar las competencias en la evaluación a la hora de decidir la financiación de los medicamentos? Señor ministro, ¿por qué a través de una enmienda en el Senado se ha suprimido la participación de las comunidades autónomas en el proceso de decisión de financiar o no los medicamentos? ¿Por qué, señor ministro, intentan ustedes explicar, desde una perspectiva que resulta casi ofensiva, una decisión que tienen todo el derecho a adoptar pero no a enmascarar?

Para gestionar mejor la sanidad, para dedicar más recursos a otras cosas, digan ustedes que recortan la prestación farmacéutica. Si los medicamentos son seguros, eficaces y de calidad, ¿por qué salen de la financiación, señor ministro? ¿Por qué en un presupuesto que nos han dicho ustedes que es el mejor de la historia de la sanidad, por qué en un momento económico como éste, por qué cuando incluso se están planteando bajadas de impuestos tienen ustedes que recurrir a desvestir a un santo para vestir a otro, señor ministro, que es una cosa poco eficaz? ¿Por qué han prescindido ustedes de cualquier diálogo, de cualquier apoyo técnico, de cualquier legitimación social para irrumpir con esta medida, que ustedes debían prever que iba a causar, como mínimo, preocupación? ¿Por qué intentan que comulguemos con ruedas de molino y que se empiece a explicar que se está asustando a la gente, que son intenciones electoralistas, en un asunto tan serio como éste?

Los propios profesionales están discutiendo la lista, pero es que los periódicos no son el foro, hay otros foros y otras legitimaciones. El resultado es que no hay nadie de acuerdo con esta medida, que hay dificultades incluso en

consejeros de su propio partido, que ha colocado usted en una posición difícil a los grupos que apoyan la política del Gobierno y que es un medida injusta, mal planteada, que no podemos compartir y que vamos a combatir, señor ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, ha agotado usted el 150 por ciento de su tiempo.

La señora **AMADOR MARTÍN**: Pues he terminado, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: No era el ánimo de este presidente quitarle la palabra.

Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Con mucho gusto contesto a la señora Amador. Empiezo por aclararle que la medida a la que usted se refería no está en el programa del Partido Popular. Por tanto, todas esas imputaciones iniciales carecen de fundamento. Usted sabe que yo estuve a favor de esa medida en el Consejo Interterritorial, tenía responsabilidades de Gobierno, sabía lo que era gobernar en la parcela sanitaria, entendí el sentido de una medida análoga que ustedes tomaron el año 1993 y la apoyé en el Consejo Interterritorial. Cuando un partido no ha tenido responsabilidades de Gobierno se puede entender que adopte algunas posiciones maximalistas, ustedes adoptaron muchísimas antes de llegar al Gobierno, pero se entiende menos que después de haber tenido responsabilidades en el Gobierno no secunden propuestas análogas y razonables como esta que estamos planteando. Por tanto, no caigan en los mismos errores que están imputando.

Ha habido intentos de desinformación en relación con este tema. No he sido yo, ni hemos sido nosotros los que hemos dicho que detrás de esto estaba la privatización de la sanidad o que el Bisolvon estaba en la cultura de nuestra sociedad; ese tipo de manifestaciones se han hecho y ayudan poco a entender el sentido de esta medida. Hoy mismo me acaban de decir que el presidente de la Junta de Andalucía dice que la Junta va a pagar estos medicamentos, después de haber votado, la Junta de Andalucía, a favor de esta medida en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. **(Denegaciones.)** ¿No es verdad? Mejor.

La Junta de Andalucía votó a favor del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera que incluía esta medida, señora diputada, eso es evidente. En el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera —lo acaba de decir su portavoz— se dice que hay que obtener ahorro en la prestación farmacéutica para completar el diseño de la financiación del sistema, eso está, y que ese ahorro debe proceder de aportaciones de la industria, de lista negativa, de genéricos, eso está también.

No me diga usted que no se ha contado con el Consejo Interterritorial, porque no estamos todavía en ese trámite. Se ha iniciado la tramitación de este asunto con una propuesta de quien la tiene que hacer, que es el Ministerio de Sanidad; naturalmente que tiene que todas las entidades e

instituciones que tienen que aportar algo van a ser oídas y terminará pasando por el Consejo de Política Interterritorial en la fase procedimental adecuada; usted es un jurista y entiende muy bien que los trámites se tienen que producir en el momento procedimental preciso. Y lo que hemos hecho en este acto es iniciar la tramitación de un asunto que va a pasar por el Consejo Interterritorial, como va a pasar por la Comisión de Uso Racional del Medicamento, como va a pasar por todas las instituciones y organismos que tengan algo que aportar a este asunto. No hay nada unilateral, no hay nada de desinformación, todo eso es un a priori, es un prejuicio, estamos en una fase en que esto no se tenía que haber producido, es ahora cuando se tiene que producir. Nosotros abrimos ese debate y lo hicimos transparentemente, dando a la opinión pública toda la información sobre este asunto. En este contexto se abre el trámite y se produce, repito, este debate, que es de máxima transparencia, no hay nada unilateral en este proceso. Ahora es el momento de recoger esas aportaciones y de llegar a la fase final después de haber atendido a las alegaciones que se hagan, en la medida en que merezcan esa atención.

Me pregunta usted si son seguros, eficaces y de calidad estos medicamentos. ¿No eran seguros, eficaces y de calidad los medicamentos que ustedes retiraron de la financiación pública el año 1993? Claro que lo eran, y ustedes los retiraron de la financiación pública. A mi juicio hicieron muy bien, está absolutamente justificado, y eran, insisto, seguros, eficaces y de calidad, pero no con una relación de coste-eficacia suficientemente satisfactoria. No le quiero leer lo que usted decía sobre esta misma cuestión, con estas mismas palabras. Por tanto, me sorprende muchísimo que sean ustedes que tomaron esta medida y dejaron registrados y útiles para la dispensación unos medicamentos análogos a éstos en el año 1993, los que me pregunten si son seguros, eficaces y de calidad. Claro que lo son, claro que siguen en el registro, claro que eso es lo que hacen todos los países europeos, claro que fue lo que hicieron ustedes en el año 1993, y me parece que es muy incoherente plantear cuestiones de esta naturaleza.

Ustedes fueron los que crearon la receta blanca, ustedes crearon esa receta y ustedes arbitraron el mecanismo y la posibilidad de que estos medicamentos no financiados se recetaran por los servicios de salud del sistema. Fueron ustedes, no nosotros. Me sorprende muchísimo que traten de relacionar la receta blanca y su apoyo. Farmaindustria va a aportar este año 39.000 millones de pesetas, una cifra absolutamente desconocida para estas cosas. Eso lo hemos conseguido nosotros, eso supone que va a estar la receta blanca, pero es que la tenían ustedes, la habían creado ustedes, la tenían ustedes implantada; no hemos sido nosotros los que hemos arbitrado ese mecanismo, nosotros lo hemos asumido, porque estaba ahí y porque entendemos que facilita la libertad de prescripción, pero lo habían hecho ustedes, repito, no lo hemos hecho nosotros.

Comprendemos el esfuerzo de la industria farmacéutica, 39.000 millones en un año no es una cifra pequeña. Si ellos entienden que coadyuva a ese esfuerzo la utilización de una medida que ustedes tenían, nosotros la hemos respetado. ¿Qué es esto si no uso racional? Es uso racional, es

preocupación por el coste-efectividad, es una obligación de los servicios sanitarios porque son muchas y muy importantes las necesidades que, desgraciadamente, todavía no tenemos bien atendidas a pesar de lo mucho que hemos mejorado en la gestión de los servicios sanitarios. Y como ustedes en el año 1993, nosotros creemos que esto hay que hacerlo para mejorar la prestación farmacéutica, que tiene unos niveles altísimos en nuestro país, que la hemos encontrado con niveles altísimos, que nos estamos preocupando de contener ese crecimiento acelerado, expansivo, muy preocupante de la prestación farmacéutica para mantener la estabilidad del sistema y poder dedicar más recursos a otras necesidades que consideramos prioritarias y que ustedes saben que lo son. Precisamos avanzar en este camino y nos hemos preocupado de estas y de otras medidas para controlar este crecimiento del gasto farmacéutico. Eso es uso racional, y es uso racional excluir los medicamentos con asociación a dosis fija, y es uso racional cuidar el coste-eficacia de la prestación, que fue lo que hicieron ustedes en el año 1993 y repetimos nosotros ahora, pero en un contexto que se sitúa más dentro de una mejor reasignación de los recursos sanitarios que entonces.

¿Es que los pensionistas del año 1993, que se vieron privados de los medicamentos que ustedes excluyeron, son de distinta naturaleza que ahora? ¿La receta blanca no era igual para los pensionistas en el año 1993 que ahora? ¿Cómo nos dicen ustedes eso? La diferencia es que nosotros estamos atendiendo mejor a los pensionistas y los estamos atendiendo mejor desde los servicios sanitarios. Sí, señora. Mucho mejor. No quiero insistir en cifras que dicen más que nada lo que es la mejor atención de las personas mayores, que son los mayores demandantes de los servicios sanitarios, y que desgraciadamente padecían largas demoras en sus intervenciones quirúrgicas, afortunadamente reducidas, gracias entre otras cosas a una mejor asignación de los recursos. ¿Es esto un recorte de la prestación sanitaria? Usted se preguntaba esto en el año 1993 y negaba que fuera un recorte de una prestación. Es una racionalización de una prestación, una asignación de recursos y una utilización eficiente de los mismos.

Respecto a las comunidades autónomas, vuelve usted al acuerdo con Farmaindustria, un acuerdo que nos permite conseguir una aportación muy importante de la industria farmacéutica a este ahorro. Naturalmente, las comunidades autónomas lo tienen que firmar conmigo. Yo he firmado, pero tienen que firmar todas las comunidades autónomas. Estos acuerdos los tienen que asumir los servicios de salud. Contamos con el apoyo de la industria para seguir adelante con esta operación.

En la política de medicamentos, en la administración farmacéutica, estamos introduciendo novedades muy necesarias y muy sentidas en nuestro país y entre otras está la creación de la Agencia Española del Medicamento, un déficit muy grave que tenía nuestro país. Nos estábamos quedando en ése, como en tantos otros aspectos de la gestión y de la administración sanitaria, alejados de las corrientes europeas. Usted sabe que casi todos los países de Europa tenían una agencia de medicamentos y situaban ahí competencias muy importantes en relación con el registro de

las especialidades farmacéuticas para incorporarlas a las corrientes europeas. Desgraciadamente aquí no la teníamos; quedábamos tres o cuatro países y algunos con explicaciones muy fáciles de entender y con dificultades para implantar este tipo organismos, como puede ser el caso de Bélgica, ya no digo el de Luxemburgo, en donde estas cosas las utiliza a través de los países del Benelux; faltaba Austria, que se apoya mucho en Alemania; Italia y nosotros. Teníamos que hacer una Agencia Española del Medicamento, la hemos hecho, y eso explica algunos reajustes en las competencias que hemos tenido que plantear.

No recortamos, como no recortaron ustedes en el año 1993. Lo hacemos, en el contexto de un enorme esfuerzo del Gobierno, por mejorar la financiación de la sanidad. Eso no se puede discutir. Los presupuestos de la sanidad suben el año 1998, sobre 1997, 386.000 millones. Eso significa 200.000 millones más de lo que hubieran subido con arreglo al modelo anterior, en un contexto de restricción. Es verdad que de bonanzas económicas y afortunadamente, gracias a eso, se puede hacer este enorme esfuerzo, que es poner en la sanidad 386.000 millones más que el año anterior; 200.000 millones más, de los cuales 140.000 van a salir directamente de las arcas del Estado. De esos 386.000 de aumento del presupuesto, 320.000 salen de las arcas del Tesoro, en un contexto de restricciones presupuestarias, que son compatibles y, en cierta medida, explican nuestras mejoras económicas. Eso es perfectamente compatible y nos da mucha autoridad para poder incluso hacer esta propuesta. Nosotros hacemos un enorme esfuerzo para mejorar la financiación de la sanidad, que lo necesitaba; pero, al mismo tiempo, nos imponemos los servicios de salud. Hemos sido los servicios de salud los que hemos dicho que apoyamos este modelo de financiación. El fisco nos va a facilitar 140.000 millones y nosotros nos comprometemos a una reasignación de recursos para poder dedicar prioritariamente otros recursos a otras necesidades. De ahí van a salir 65.000 millones, de la prestación farmacéutica, para poder atender otras necesidades prioritarias, para poder seguir bajando las listas de espera, para hacer muchas obras necesarias en los hospitales, para abrir los centros de salud por las tardes y extender la asistencia de urgencia en primaria. Para tantísimas cosas, como estoy seguro de que S. S. entiende, que son preferentes a las necesidades que se atendían con este gasto farmacéutico.

Sobre esto yo me siento muy arropado por la inmensa mayoría de la comunidad científica, de la comunidad médica, que sabe usted que comparten estos criterios. He dicho que con esto respaldábamos a los servicios de salud de la Administración central y de las comunidades autónomas, que en su inmensa mayoría coincidían en el consejo y en la indicación a sus médicos y a sus profesionales de que utilizaran cada vez menos estos medicamentos. Me siento muy respaldado por la comunidad científica, por la comunidad médica, por los profesionales de nuestros servicios, que, en su inmensa mayoría, comparten esta medida. Ya me hubiera gustado sentirme más acompañado de otras fuerzas políticas. Porque no se tienen que sorprender de que estemos ahora en la fase de discusión y de negociación

sobre esto y donde se podían y se pueden hacer las aportaciones que se estimen pertinentes.

En definitiva, señora Amador, creemos que se trata de una medida justificada en favor del uso racional del medicamento y de una adecuada utilización de los criterios de coste-eficacia en el manejo de los recursos sanitarios, para una mejor atención de la población, de lo que los sectores más desfavorecidos se verán más beneficiados. **(La señora Amador pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador, tiene la palabra por dos minutos, excepcionalmente, para alguna aclaración o puntualización.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor ministro, en el acuerdo del Consejo Política y Financiera la única previsión son medidas para ahorro de gasto farmacéutico por 65.000 millones, que se analizarán en el Consejo interterritorial. Usted lo va a llevar al Consejo interterritorial cuando ya está condicionado. La lista está condicionada por este acuerdo que ha firmado usted solo con Farmaindustria, señor ministro, está condicionada, según ha corroborado ayer el señor Núñez al explicar de dónde salen los dineros del recorte farmacéutico.

Le voy a decir más: con la industria farmacéutica, señor ministro, lo que ha firmado usted es un pacto que neutraliza la política de genéricos y que limita el impacto que para la industria van a tener todas esas cosas que lleva un año anunciándonos. Porque, de los 29.000 millones que se dice que van a aportar en el año 1998, que, a los efectos de este recorte, son 15.000, porque los otros 15.000 ya los aportó el año pasado y, una de dos, o los cuenta usted el año pasado o los cuenta éste, pero las dos veces, no. Si los cuenta usted ahora también, entonces tiene que subir 15.000 millones el gasto farmacéutico que nos ha dado de 1997, porque ese gasto se ha conseguido por un retorno de la industria farmacéutica de 15.000 millones. De manera que no los cuente dos veces; son 15.000, no 30.000. De estos 15.000 millones, señor ministro, usted ha firmado que de esto se deducirá el ahorro en precio de venta a laboratorio producido en 1998 por la comercialización de medicamentos genéricos, así como por la exclusión voluntaria de especialidades farmacéuticas. Y, en 1999, genéricos, precios de referencia; es decir, que si usted cumple lo que ha dicho, y va a haber genéricos, la industria no aportaría nada. Eso es lo que ha firmado usted con la industria farmacéutica, esto es lo que condiciona la lista de medicamentos, y esto es lo que determina la lista que usted ha hecho. Por eso la ha hecho solo. Por tanto, no puede compartir esa responsabilidad con las comunidades autónomas porque no lo ha hecho usted con ellas, al menos no con todas. Si alguna ha tenido conocimiento, a nosotros no nos consta. De manera, señor ministro, que el acuerdo de la lista negativa sale de este acuerdo con la industria farmacéutica, y lo condiciona.

Las diferencias con la lista del año 1993 son muchas, señor ministro. Entre otras, el presidente de la sociedad catalana de medicina familiar acaba de decir en un periódico, por ejemplo, para sintetizar, ya que tengo tan poco tiempo:

Todos los medicamentos que el PSOE retiró en 1993 eran prescindibles. Lo dice el presidente de la Sociedad catalana de medicina familiar, que de esto sabe más que yo. Y resulta que ahora lo que dicen las asociaciones de médicos de primaria es que no sé cuántos grupos deben estar o dejar de estar. Por tanto, no me vuelva a llevar a la lista. Nosotros aprobamos una lista, que celebro que usted apoyara, aunque entonces créame que se le oyó poco, diciendo: esto tiene baja utilidad terapéutica; no lo consuma. No dijimos: págueselo usted y a precio libre. No lo consuma. Y, naturalmente, asumimos la responsabilidad de explicar eso a la industria, a los médicos, a los pacientes, a todo el mundo. Ésa es la diferencia, señor ministro. Nosotros no recortamos gasto farmacéutico para decir a la gente que, como eran medicamentos buenos, los siguieran pagando.

En cuanto a la receta, señor ministro —y están ustedes muy insistentes con esto de la receta—, hay cosas que se explican por sí solas, porque nadie ha visto nunca esa receta, ni en los consultorios, ni en los centro de salud. La ha visto un diputado del Partido Popular que tiene usted sentado a su lado. No se usa esa receta, señor ministro, porque aquellos medicamentos no siguieron recetándose igual y pagándolos los pacientes. Como esto lo explicamos, señor ministro, la gente sabe de qué estamos hablando cada uno. Y los pensionistas jamás han tenido que poner encima de la mesa que pagaban unas recetas blancas, porque no las han pagado hasta ahora.

Por tanto, no es que hagamos juegos de palabras, es que no tiene nada que ver una medida con la otra. Señor ministro, aquellos medicamentos eran prescindibles y nosotros asumimos la responsabilidad de explicar que no se consumieran; ustedes ahora dicen que son seguros, eficaces y de calidad y que, por tanto, se sigan recetando igual y a precio libre. Y dicen eso porque se lo ha exigido la industria farmacéutica, que, según tuvimos ocasión de oír en un debate, ha conseguido —dijeron textualmente— que ustedes abandonaran esa jerga de la baja utilidad terapéutica. Es muy fácil, señor ministro, si son seguros, eficaces y de calidad, que se mantengan en la financiación pública, ya que el momento económico no exige esos recortes, y, si no lo son, se sacan con todos los avales de los expertos. Y nosotros seremos los primeros en defender esa política, pero como ustedes lo plantean no.

Finalmente, señor ministro, no me sé el programa electoral del Partido Popular *ad pedem litterae*, pero el señor Aznar y el Partido Popular prometieron mantener y mejorar el sistema sanitario público, lo han repetido a lo largo de este año en innumerables ocasiones, en el Parlamento hemos tenido ocasión de oír unos discursos esperanzadores en los que ustedes decían que iban a hacer todo pero mejor, y le aseguro que algunos estábamos encantados de que eso fuera posible, porque, como muchas veces le hemos dicho, el sistema sanitario de este país es mucho más importante que cualquier otra consideración. Pero resulta que ya hemos llegado, señor ministro, y ustedes han dicho estos días que el Sistema Nacional de Salud tiene que quedar para las cosas graves y que lo leve tiene que ser a cargo de cada uno, explicación de la que vamos a tener ocasión de debatir porque ya hemos visto cuál es su concepción del

sistema sanitario, que coincide, por cierto, con la expresada recientemente por algunos representantes de la industria farmacéutica, que han dicho que hay que subir el listón de lo que cubre y garantiza el sistema sanitario. Ésa es la cuestión, señor ministro, y ustedes lo saben, como nosotros, si no mejor.

No hagamos juegos de palabras ni habilidades dialécticas en un asunto que está afectando de manera muy seria a la cohesión social de este país y al umbral de lo conseguido, que no estamos dispuestos a retroceder, y se lo digo con todo respeto pero con toda claridad. No es cuestión de habilidades dialécticas, señor ministro; éste es un asunto serio en el que vamos a llegar a sus últimas consecuencias, porque no pueden ustedes pretender darnos gato por liebre.

El señor **PRESIDENTE**: Señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Amador, la verdad es que lamento su esfuerzo de confusión en este asunto (**Rumores.**), y siento tener que decírselo.

El acuerdo del Consejo de Política Fiscal es muy claro, prevé el ahorro farmacéutico con medidas que suponen aportaciones de la industria, reducciones de precios, lista negativa y genéricos, y con eso tenemos que conseguir 65.000 millones de ahorro adicional en esta parcela de las prestaciones. Ése es nuestro compromiso; 65.000 millones que deben salir de aportaciones de la industria, reducción de precios, lista negativa y genéricos, y lo vamos a conseguir.

Usted invoca argumentos de autoridad. Yo le puedo decir que el presidente de la Sociedad Española de Farmacología Clínica también ha dicho públicamente que, en general, hacía una valoración positiva del contenido de la propuesta del Ministerio. Y espero que este tipo de manifestaciones se prodiguen en el futuro. (**La señora Amador Millán: Estamos de acuerdo, sáquenla de la financiación.**) No, decía que estaba de acuerdo con la valoración que se hacía de la lista.

Lo que no entiendo es que ustedes, que hicieron lo mismo en el año 1993, sacaron de la financiación pero dejaron en el registro, y que no niegan los medicamentos que sacaron del registro en el año 1993, como el Frenadol y la Couldina, por ejemplo, que están registrados; digan que no son seguros y eficaces y que no tienen calidad. Ustedes los dejaron en el registro, como hacemos nosotros ahora, pero se sorprenden de que nosotros saquemos de la financiación medicamentos análogos y los dejemos en el registro. No lo entiendo y no me diga usted que eso tiene que ver con el acuerdo de Farmaindustria, porque por ese acuerdo pone 39.000 millones este año. (**La señora Amador Millán: A cambio de que se sigan recetando.**) Ésa es una medida justificada en sí misma y es lo mismo que hicieron ustedes.

Me habla usted de la receta blanca, y la crearon ustedes. (**Rumores.**) La crearon ustedes para que se pudieran dispensar esos medicamentos desde el sistema. ¿Qué tipo de confusión quieren ustedes introducir confundiendo sobre esto? Si hacemos lo mismo, dejamos los medicamentos en el registro y prevemos la utilización de la receta blanca. Es

exactamente lo que ustedes hicieron. Es una incongruencia total, que induce a confusión, señora Amador, porque usted es una persona a quien se respeta y la gente la oye con atención y consideración. (**Varios señores diputados: ¡Claro!**) ¿No eran seguros aquellos medicamentos? ¿Son prescindibles? Pues estos de ahora son prescindibles, como aquéllos, en términos de coste-eficacia. No se financian porque son prescindibles, en unos casos por las tres razones que hemos manejado y que ustedes también tuvieron en cuenta —no sé si las asociaciones estaban tan de actualidad como ahora, pero es una medida de uso racional del medicamento—, son los medicamentos de limitada utilidad terapéutica y los de síndromes menores, los mismos o análogos a los que ustedes excluyeron el año 1993, que quedaron registrados y se podían utilizar, y para eso inventaron la receta blanca.

Señora Amador, este Gobierno se ha tomado muy en serio mantener y mejorar el Sistema Nacional de Salud, y mejorarlo exige racionalización y priorización. Ustedes gastaban demasiado en medicamentos, en España se gastaba mucho. ¿O no? (**La señora Amador Millán: Sí, sí.**) Usted le preguntaba eso al portavoz del PP en el año 1993 y usted pensaba que se gastaba mucho en medicamentos, ¿es que no lo piensa ahora? ¿Es que no piensa que hay que embridar ese gasto para dedicarlo a necesidades prioritarias? (**La señora Amador Millán: Sí.**) Pues eso es exactamente lo que estamos haciendo, y lo estamos haciendo con medidas de todo tipo (**El señor Moratalla Molina: ¡Insuficientes!**), que suponen una política integral. (**El señor Corominas i Busqueta: ¡Malas!**) ¿Es malo bajar el margen a los farmacéuticos? ¿Es malo introducir los genéricos en este país? Ojalá hubiéramos encontrado implantados muchos más genéricos, que permiten dar una prescripción de calidad a mucho menor precio. ¿Es ésa una mala política? ¿Es una mala política lo que hemos hecho con las oficinas de farmacia, los genéricos, los precios de referencia, que los hemos regulado? ¿Es malo lo que estamos haciendo en la gestión de estos servicios? Algo que nos ha permitido ya reducir el crecimiento del gasto farmacéutico en el Insalud, del 11,57 por ciento al 4,62, lo que supone que el Insalud se haya podido gastar 22.000 millones más; en operar enfermos de cadera, señora Amador, que es más urgente e importante que seguir dando estos medicamentos. Tengo que decírselo.

Y esto lo hacemos por defender el sistema público. Qué es eso de que estamos restringiendo prestaciones o atentando contra el sistema público cuando estamos mejorando su eficiencia, reduciendo los tiempos de demora y mejorando la calidad de la asistencia que damos desde el sistema público, lo estamos defendiendo y financiando en términos desconocidos en estos años pasados, en que lamentablemente por las carencias financieras del sistema se acumulaban deudas, retrasos o se mantenían las instalaciones y los medios, con muchas carencias, que, desgraciadamente, tenemos que tratar de subsanar y de suplir defendiendo, como nadie, un sistema público en el que creemos porque tiene valores de cohesión social y solidaridad que son irrenunciables. Justamente por eso queremos mejorarlo, con más recursos, con una mejor

utilización de los mismos y con una mejor organización y un mejor funcionamiento, de forma que dé mejor servicio a los ciudadanos.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor ministro, por su comparecencia.

Tengo la satisfacción de representar a un grupo que mantuvo la misma posición cuando el Gobierno socialista planteó la exclusión de la financiación pública de una relación de medicamentos y que, por lo tanto, no tiene que avergonzarse ahora ni de la actuación de portavoces —entonces de la oposición—, que se enfrentaron decididamente a lo que su Gobierno está haciendo ahora, ni a grupos que tienen dificultades para explicar cosas que van en la misma dirección. Y no por planteamientos maximalistas, señor ministro, voy a demostrarle cómo hay propuestas de medidas concretas de ahorro farmacéutico, mejorando la racionalidad en el uso de los medicamentos sin limitar prestaciones sanitarias.

Señor ministro, señor presidente, Mesa de la Comisión de Sanidad, pido su amparo ante los flagrantes incumplimientos del señor ministro —y lo siento—, ya que en la última reunión de la Comisión de Sanidad, a la que usted asistió, dijo que remitiría a los grupos parlamentarios en plazo breve el acuerdo con Farmaindustria, que sorprendentemente había llegado a los medios de comunicación antes que a los grupos parlamentarios, hecho que se ha incumplido hasta este momento y que, como todos pueden suponer, incapacita a los grupos parlamentarios para ejercer la función parlamentaria y constitucional de control al Gobierno. Ocurantismo y opacidad. No haga gestos, señor ministro. Usted se comprometió a remitir en plazo breve algo que todavía los grupos parlamentarios desconocen, cuando todo el mundo en este país parece que conoce exactamente cuál es el acuerdo con Farmaindustria.

Señor ministro, el sistema sanitario público no tiene ningún problema de estabilidad financiera, mientras no se plantee su desestabilización financiera, a través de medidas fiscales, que, por la vía de disminuir los ingresos del Estado, después van a plantear que no hay dinero para la sanidad. Me remito a las declaraciones del señor Rato que aparecían publicadas en la prensa de ayer, en el sentido de que el euro aconseja privatizar servicios públicos como la sanidad y, por tanto, restringir prestaciones.

Señor ministro, la exclusión de medicamentos de la financiación pública no supone otra cosa que incrementar la irracionalidad en el uso de los medicamentos.

Me voy a permitir, señor ministro, hacer referencia a un documento del Ministerio de Sanidad, elaborado por sus técnicos del Ministerio y publicado en un medio de comunicación, en el que se analizan la seguridad y eficacia de los medicamentos excluidos. La Ley del Medicamento y la Ley General de Sanidad atribuyen a la Administración sanitaria la responsabilidad, no de garantizar el coste-beneficio, sino de asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia en la prestación farmacéutica.

¿Es cierto o no, señor ministro, que sus técnicos del Ministerio de Sanidad analizan grupo por grupo de los excluidos? Antiespasmódicos y anticolinérgicos: estas especialidades contienen asociaciones no justificadas de principios activos. Antivaricosos tópicos: no se dispone de información científica que avale su utilización. Corticosteroides tópicos asociados con antibióticos: no se recomiendan estas asociaciones porque el corticoide puede empeorar la infección. Corticosteroides sistémicos asociados con otras sustancias: no está justificado utilizar corticosteroides asociados a antiestamínicos. Antibióticos asociados entre sí: esta especialidad contiene una asociación no justificada de principios activos. Antiinflamatorios: se carece de bibliografía científica que avale su utilización. No insisto, pero hay un listado estricto, y he leído.

Hay informes del Ministerio de Sanidad que hablan de que evidentemente la consecuencia lógica de estas informaciones es que están en el registro de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios medicamentos para cuya utilidad no existe justificación alguna. ¿Cuál es la verdad, señor ministro? Si hay seguridad y eficacia en los medicamentos excluidos, no es de recibo que la financiación se elimine. Si es lo que sus técnicos del Ministerio de Sanidad, no el Grupo de Izquierda Unida, dicen, y he leído textualmente, el Ministerio de Sanidad está incumpliendo gravemente su principal responsabilidad en materia del medicamento, que es asegurar a la población, a los enfermos, a los profesionales de la sanidad, que los medicamentos que están avalados por el registro tienen realmente la eficacia que señalan las indicaciones para las que son prescritos.

Aquí hay algo que falla. Las dos cosas al mismo tiempo no pueden ser verdad. Si hay medicamentos que no sirven, es su obligación ineludible, como máxima autoridad sanitaria, no seguir engañando a la población, manteniendo el aval de la autoridad sanitaria a medicamentos que sus técnicos del Ministerio de Sanidad califican con palabras durísimas, injustificando claramente el tipo de asociaciones de medicamentos que existen.

Yo le pido que asuma esa responsabilidad y que clarifique en función de qué, señor ministro, como se ha dicho, usted acuerda con la industria farmacéutica —y reconocerá que la industria farmacéutica, como cualquier industria, evidentemente, se preocupa fundamentalmente de sus beneficios— este tipo de propuesta que, como usted mismo ha dicho, no ha pasado por ningún órgano científico de la Administración o de las comunidades autónomas que avale, desde el punto de vista estrictamente científico, su exclusión.

Señor ministro, las medidas economicistas en sanidad salen caras, salen muy caras. En el real decreto de revisión selectiva del medicamento que el PSOE introdujo en 1993 se excluyeron de la financiación pública medicamentos tan eficaces y seguros como el Hibitane, antiséptico de reconocida eficacia y seguridad, de un precio bajísimo. ¿Sabe usted qué ha supuesto la exclusión del Hibitane? Que en muchos enfermos crónicos, que, merced a la capacidad antiséptica del Hibitane, podían reutilizar sondas y otros elementos de intervención sanitaria, al excluir el Hibitane,

tienen que comprar para cada uso una sonda, sonda que vale miles de pesetas. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)**

El economicismo sale muy caro en sanidad, porque lo que hay que ver no es la medida contable de ahorro al final, sino el coste global del sistema sanitario. Y evidentemente lo que ustedes plantean es, señor ministro, como la que planteó el Gobierno del PSOE, la mayor medida de uso irracional del medicamento. Porque usted, señor ministro, es responsable de la calidad de la atención, en este caso, farmacéutica.

¿Quieren explicarme, como yo pedí explicaciones al PSOE, cómo es posible que, si estos fármacos son ineficaces, injustificados, se carece de documentación científica que avale su existencia, ustedes, como autoridad sanitaria, permiten publicidad, que yo me permito calificar con todo rigor de engañosa, en los medios de comunicación a personas que, por su propia situación de ciudadanos, no son capaces de valorar la eficacia técnica de lo que se les anuncia y se ven sometidos a la publicidad, intensiva por supuesto, porque ya buscarán los laboratorios las medidas necesarias para que sus ingresos no sufran en este sentido? Al mismo tiempo, ustedes introducen el precio libre.

Señor ministro, usted sabe, o debería saber —seguro que expertos de su Ministerio lo conocen— la trascendencia en desigualdades en materia de salud que supone la introducción de cualquier medida de copago en sanidad. No voy a gastar tiempo en esto, porque todo el mundo conoce cómo son las pensiones en este país, cuántos son los parados, qué proporción recibe subsidio o prestación sanitaria por desempleo. A todas esas personas se les plantea la obligatoriedad de pagar al 100 por cien los medicamentos ineficaces, pero que ellos no van a saber si son eficaces o no, y los medicamentos de alta eficacia que ustedes excluyen.

Dice usted que hará excepciones. ¿Es que se va a pedir carné de pobre de solemnidad para acceder a estos medicamentos? Cuando sean síndromes menores, no hablo de enfermedades crónicas, pero para síndromes menores hace falta tratamiento, porque existe. ¿Quién va a valorar la pobreza de quien reclama una atención sanitaria, el médico, el farmacéutico? ¿De qué manera? ¿Quién se puede creer eso, señor ministro? Lo que ustedes persiguen con esa medida es algo absolutamente conocido, y es la exclusión de los enfermos más pobres de la llegada al sistema sanitario público. Hay cifras, señor ministro. Vicente Navarro, experto que compareció ante la subcomisión, hizo afirmaciones respecto a la introducción de medidas de copago en países industrializados por la vía de la exclusión de la población más pobre del sistema sanitario en su conjunto, que deja de ir al médico al saber que muy probablemente va a tener que pagar el 100 por cien del producto y va a optar por la automedicación. Vicente Navarro dijo aquí —y todos lo pudimos escuchar— que la introducción de formas de copago ha supuesto en Estados Unidos una cifra de muertes al año superior al sida, precisamente por la exclusión global del sector más pobre de la población del acceso a los servicios sanitarios. **(El señor presidente ocupa la**

Presidencia.) Hay otro dato que es mucho más modesto que el que usted va a introducir. En Canadá se introdujo una medida de copago de un dólar y eso supuso una disminución...

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, se está saliendo de la cuestión porque no estamos hablando del copago.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** ¿Cómo que no estamos hablando del copago? Estamos hablando del 100 por cien de pago, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, no es el objeto de la comparecencia.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** El objeto de la comparecencia es la exclusión de la financiación pública de medicamentos. Estoy ateniéndome, señor presidente, al objeto estricto.

La introducción de una medida de un dólar de copago supuso la exclusión del 7 por ciento de la población, en promedio, de los servicios sanitarios, y entre los sectores más pobres de la población fue del 20 por ciento. Señor ministro, yo quiero una respuesta a algo que me sorprende desde hace mucho tiempo.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, le advierto que ha sobrepasado su tiempo y ahora le pido generosidad con la Presidencia, la misma que tiene la Presidencia con usted, en cuanto a que sintetice las preguntas que quiere hacer al señor ministro en el breve tiempo de dos minutos.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Sí, señor presidente. Terminó.

Quiero una explicación porque he leído atentamente la lista y he buscado un grupo de medicamentos de reconocida ineficacia por parte de las autoridades científicas, por parte del consejo general de Colegios de Farmacéuticos, como son los vasodilatadores cerebrales. Todos los que hemos hecho estudios de medicina sabemos que estos medicamentos son ineficaces porque no traspasan la barrera hematoencefálica. Para los no expertos, es lo mismo que si alguien se toma algo para el dolor de muela y el medicamento no llega a la muela, para entendernos. Voy a leer brevemente lo que dice el consejo general de Colegios de Farmacéuticos sobre los medicamentos de ineficacia probada. El grupo de los vasodilatadores cerebrales tiene muchos menos ensayos clínicos bien hechos que cualquier otro grupo terapéutico. Los resultados son tan contradictorios que resulta imposible llegar a una conclusión definitiva. Los vasodilatadores han sido convertidos en el prototipo de la medicación irracional que, desgraciadamente, además de no llegar al lugar donde se produce supuestamente su acción tienen efectos secundarios. Es decir, son ineficaces pero tienen efectos indeseados, como la posibilidad de que se produzca hipotensión o acumulación de sangre en zonas vasculares sanas.

Señor ministro, en este grupo de medicamentos, paradigma de los medicamentos ineficaces, se gasta al año 32.000 millones de pesetas. ¿Puede usted justificarme por qué estos medicamentos siguen en el registro? Ésta es la línea general de mi intervención, la de cómo la autoridad sanitaria incumple flagrantemente su responsabilidad manteniéndolos en el registro. Pero según su lógica no sólo los mantiene en el registro sino que además forman parte de la lista de medicamentos financiados por la Seguridad Social. Yo me he preocupado, porque ésta es una incógnita poderosa, de ver cuáles son estos laboratorios, y más del 50 por ciento del gasto en fármacos de estas características proceden de laboratorios implantados en Cataluña. ¿Alguna casualidad? No lo sé. Hay explicaciones que usted tiene que dar aquí.

Yo he presentado ayer una proposición no de ley indicando formas de ahorro, la famosa de los envases. La famosa de los envases permitiría reducir el gasto farmacéutico de las especialidades más recetadas al menos en un 30 por ciento, lo que supone 32.000 millones de pesetas tirados por la ventana; tirados por la ventana y que aumentan el gasto sanitario porque los efectos indeseables también son consumo sanitario en la medida que necesitan tratamiento.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego concluya.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino ahora mismo, señor presidente.

Señor ministro, mi grupo parlamentario reitera que la medida adoptada supone reducción de la prestación farmacéutica en los fármacos ineficaces que se dejan de financiar, incumplimiento de las obligaciones del Ministerio de Sanidad de garantizar la calidad y la eficacia de medicamentos ineficaces que se mantienen en el registro y, en cualquier caso, trasladar al gasto individual de los enfermos el ahorro de gasto público que, evidentemente, ha sido acordado con la industria farmacéutica en función de los intereses. Hay un dato, señor ministro. Si se estudian los laboratorios afectados por la exclusión de la financiación hay laboratorios que se hunden; hay pequeños laboratorios que se hunden porque no están en condiciones de financiar la publicidad en medios de comunicación. Y también hay una incógnita que ojalá podamos resolver en breve tiempo: ¿No se estará asistiendo, con la colaboración del Ministerio de Sanidad, a una importante reestructuración interna del sector farmacéutico con la desaparición de pequeños laboratorios que van a ser comprados por otros? Sin ninguna duda, señor ministro, este acuerdo beneficia a la industria farmacéutica, ustedes lo han acordado con la industria farmacéutica y la población tiene todo el derecho, yo diría que la obligación en función de la defensa de los intereses, de intentar no sólo oponerse sino adoptar las medidas necesarias para impedir que esta medida pueda llevarse a cabo.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señor presidente, pido disculpas por el hecho de que no haya llegado ese acuerdo con Farmaindustria, porque yo las instrucciones pertinentes las di y me duele que no se hayan cumplido.

Señora Maestro, es muy serio esto de la prestación farmacéutica y de su coste, y eso de que amenaza la estabilidad financiera del sistema no es retórica. Cualquier analista serio se da cuenta de que una parcela de la prestación que sube acumulativamente el 14,5 anual durante los últimos 10 años, cuando los presupuestos suben menos de la mitad, supone una situación que hay que corregir. Y si eso se compara con los países de nuestro entorno y vemos que los sistemas sanitarios de los países europeos con los que nos comparamos dedican al gasto farmacéutico porcentajes mucho menores, naturalmente tenemos que convenir que estamos ante una parcela que exige medidas, que exige reflexión y que exige tomar muy en serio cada peseta que podamos dedicar a eso, porque no son ilimitadas nunca las posibilidades financieras de ningún país, de ningún Estado, por muy buena que sea la bonanza económica, que hay que preservar, entre otras cosas porque todo es necesario para mantener el funcionamiento del Estado y la prosperidad del país.

Este Gobierno hace un enorme esfuerzo en la financiación de la sanidad y se toma muy en serio el reajuste interno de las prioridades y de las necesidades. Y la prestación farmacéutica exigía estas medidas cuyo crecimiento estaba comprometido seriamente la viabilidad financiera del sistema y una buena asignación de los recursos. Decir que esto es incrementar la irracionalidad en el uso de los medicamentos me parece que no tiene fundamento alguno. Todas las medidas tienen su sentido. En un caso se excluyen las asociaciones por las razones que se ha dicho; en otro se excluyen unos medicamentos por su limitada utilidad terapéutica; y en otro caso se trata de medicamentos muy eficaces pero en relación con síndromes menores en los que no se entiende justificada la financiación pública, ni aquí ni en ningún país de aquellos con los que nos comparamos.

La Ley del Medicamento nos exige en la prestación farmacéutica estas referencias al coste-eficacia que deben determinar esa revisión periódica de los medicamentos que están en la lista negativa de la Ley del Medicamento y que explica esto. Sin embargo, no saquemos las cosas de sus límites. Decir que un medicamento no merece la financiación pública por razones de coste-eficacia no quiere decir que no tenga alguna eficacia que justifique su permanencia en el registro, pero con una adecuada información de la población como pasa aquí, ha pasado en años anteriores y pasa en el resto de Europa donde se separa y se distingue muy bien lo que es el registro de las especialidades, para lo que bastan unas determinadas características, y lo que es la financiación pública, para lo que hacen falta otras. En eso nos sumamos a las posiciones más avanzadas de los países de Europa con los que nos comparamos, y esto que hacemos es perfectamente racional y justificado. Estos medicamentos pueden seguir en el registro porque alguna eficacia tienen, pero no es suficiente para que merezcan este otro

aval y esta otra consideración de medicamentos financiables por el sistema público. Y no sólo son medidas de racionalidad, de coste-eficacia. Llamarlas economicistas es no entender su sentido profundo. Aquí no estamos tratando de ahorrar en medicamentos para que se lo quede nadie. Estamos tratando de ahorrar en medicamentos que consumimos mucho para mejorar los servicios públicos de salud, para reducir las listas de espera, para mejorar los hospitales, para renovar la tecnología. Para eso hacen falta muchos recursos que indebidamente se estaban aplicando a una prestación farmacéutica que estaba, desde todos los puntos de vista, en términos muy amplios.

Señoría, al elaborar la lista lo que hemos hecho ha sido tener muy en cuenta las necesidades de los colectivos más desfavorecidos, y para eso el proyecto de real decreto tiene sus previsiones, tiene sus excepciones, que permiten tener en cuenta esas necesidades de los enfermos crónicos. Cuando el principio activo sea indicado se podrá seguir aplicando. Eso se ha tenido muy en cuenta y explica que estén unos productos y que no estén otros, juntamente con la visión de la cuestión en términos de seguridad, calidad y eficacia, que han hecho nuestros servicios técnicos, que les ha llevado a excluir estos medicamentos por esas tres razones que antes he dicho. Hay asociaciones que no se consideran financiables por el sistema, pero tampoco se las puede descalificar en términos absolutos y decir que se excluyen todas estas asociaciones del mercado. Ése no es el caso. Si fuera así, evidentemente se excluirían. Todavía hay algunas opiniones contrarias, pero mayoritariamente se entiende que esas asociaciones no deben disfrutar de la financiación pública pero tampoco merecen la exclusión del registro. Tampoco se excluyen en otros países. En ese contexto debe usted entender todo el contenido de la reforma en sus términos activos y negativos.

Dice usted que el 50 por ciento de unas especialidades son de laboratorio que están en Cataluña. Seguramente eso se corresponde con el peso que tiene la industria farmacéutica globalmente en aquella comunidad, porque tiene una gran implantación y seguramente más del 50 por ciento de toda la producción farmacéutica está allí. **(La señora Maestro Martín: De los vasodilatadores, de los que no están excluidos.)**

En cuanto a los envases, hace usted una propuesta que no tiene aceptación en Europa. El único país en el que se guían por esa pauta que a usted le parece tan buena, que es el Reino Unido, la está cambiando, está dejando de dispensar los medicamentos de esa manera para sumarse a las pautas que la Unión Europea ha considerado propias para este tipo de bienes que son los medicamentos. En ese sentido, no excluyo que no tengamos que revisar el tamaño de algunos envases, naturalmente eso se puede perfeccionar también, pero ese modelo que tenía el Reino Unido lo está cambiando para acercarse a los modelos europeos.

Señora Maestro, pretender que esto lo hacemos para beneficiar a la industria farmacéutica es de una total incoherencia. Todo lo que estamos haciendo es para racionalizar esta prestación y, desde luego, los hechos nos avalan como un Gobierno serio en esta cuestión. No creo que la industria farmacéutica esté deseando que la prestación, el con-

sumo farmacéutico del Insalud baje de un crecimiento del 11,57 por cien a un incremento del 4,62, que le hayamos exigido cada vez crecientes aportaciones y que el nuevo modelo de financiación incluya nuevos ahorros en la prestación farmacéutica para contener el crecimiento del gasto. Lo que estamos haciendo es servir a los intereses generales en nuestro país, poniéndolos por encima de todo, defendiendo el sistema sanitario público para que sea más eficiente, dando mucho más recursos y, al mismo tiempo, gestionando mejor esos mismos recursos, priorizando bien para poder operar a nuestros enfermos mucho antes y atender mucho mejor los servicios sanitarios con todas estas medidas.

El señor **PRESIDENTE**: Por un minuto, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: En definitiva, señor ministro, la conclusión que hay que sacar es que no importa que la población consuma medicamentos ineficaces si se lo pagan ellos, cuando además la publicidad garantiza que ese medicamento va a tener un carácter consumista. En cualquier caso, usted ha dicho una frase, señor ministro, muy interesante. No sé si se le ha escapado pero la atribuyo una importancia muy grande. Usted ha dicho que muchos de estos medicamentos no existen en otros países. ¿Por qué no existen?

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Financiados públicamente.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No existen en otros países. Yo le digo que es verdad. Claro que no existen en otros países medicamentos que existen en el nuestro y que no tienen justificación técnica alguna, tal y como sus propios técnicos del Ministerio están en condiciones de avalar; ahora, eso sí, que los consuma la población siempre que se los pague, allá ellos. Yo le digo: allá ellos no, allá usted, autoridad sanitaria encargada de garantizar la eficacia.

Yo me estaba refiriendo a los envases, señor ministro, no a la administración en envases no comerciales en los centros de salud, que me reconocerá usted que es una medida muy eficaz desde el punto de vista del control del gasto. Es algo mucho más simple. Obligue usted a la industria farmacéutica a que el tamaño de sus envases comerciales se corresponda con las necesidades de los tratamientos para los que están indicados, que es una medida de la autoridad sanitaria y que respeta el envase comercial —sacrosanta, por Dios, empresa privada—, no obligándole a consumir dos envases cuando con uno es suficiente o a comprar cantidades absolutamente inadecuadas.

Hay algo a lo que usted no me ha contestado y le vuelvo a preguntar: ¿Cuál es la razón, desde el punto de vista de eficacia de los medicamentos o, como usted prefiere, del coste-eficacia, de mantener 32.000 millones de pesetas de gasto de la sanidad pública en vasodilatadores cerebrales, prototipo de medicamentos ineficaces? El consejo general de Colegios de Farmacéuticos dice esto en

ningún sitio. Justificación técnica no la hay, justificación económica la hay, ¿pero dónde está el criterio de coste-eficacia en el mantenimiento de la financiación de estos productos? Hay que explicar, señor ministro, esos 32.000 millones de pesetas al año tirados por la ventana y con efectos secundarios. Aquí hay cosas que explicar, porque evidentemente el acuerdo de la industria farmacéutica tiene enormes sombras y ésta es una de las más espesas. Hace falta explicarlo.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Yo no he dicho que estos medicamentos no existan en otros países, he dicho que no estaban financiados por los sistemas públicos de otros países. Hay países en los que hay más medicamentos que aquí y otros en los que hay menos. Lo que yo he dicho es que éstos, en su inmensa mayoría, no estaban financiados por los sistemas públicos de otros países. Y no me saque usted afirmaciones que no he hecho. (**La señora Maestro Martín: Ahí está el «Diario de Sesiones».**) El «Diario de Sesiones» no me desmentirá. No existen financiados por los sistemas públicos de otros países. La selección se ha hecho con los criterios que he expuesto, buscando las razones de coste-eficacia, de protección de los colectivos más desfavorecidos, de uso racional en cuanto a las asociaciones a dosis fijas y de síndromes menores, que también es un criterio generalmente aceptado por los países de nuestro entorno. Eso nos ha llevado a una lista negativa de estas características que, junto con la aportación de la industria de sus beneficios, los genéticos que crecientemente vamos a ir introduciendo y las demás medidas que se tomen nos van a permitir el ahorro de los 65.000 millones en la prestación farmacéutica necesarios para una mejor financiación de la sanidad y una mejor prestación de servicios que consideramos prioritarios para los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Mixto tiene la palabra la señora Almeida. Consciente de que se reparte el tiempo con su compañero, el señor Chiquillo, y de que debe ajustarse estrictamente al tiempo.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Señor presidente, una es consciente de casi todo, así que va a repartir el tiempo.

En esta Comisión, en la que —como dije el otro día— soy un poco advenediza y que parece que sólo se puede dedicar a las cuestiones médicas o a las cuestiones de sanidad, una está aprendiendo mucho porque, por un lado, tiene la conciencia de ser una ciudadana y, por otro lado, de ser una responsable política, y lo que yo no quería, después de lo que se está oyendo, es ser por un lado una irresponsable política y por otro lado una perjudicada ciudadana. Creo que hablar en esa doble condición favorece en un tema como éste. Hay otros que son más científicos, hay otros que son más médicos y entran dentro del turno de palabra que ha hecho Ángeles Maestro de manera muy ex-

perta por su propia condición de médica y por los conocimientos del medicamento en sí.

A mí lo que me preocupa es que usted lo explica todo muy bien —aunque a veces se ríe demasiado cuando hablan otros diputados, cosa que no me ha gustado, como cuando ha oído hablar a la señora Amador— pero no le ha entendido mucha gente, no le ha entendido ni su propio partido. Ayer oíamos cómo apesadumbrado el señor Fernández-Miranda le acusaba de hacer una política continuista y decía: Con lo que yo me tuve que pelear aquí todos los días contra el PSOE, hablando del medicamentazo, y ahora tengo que hacer lo mismo con otro supermedicamentazo. El pobre se quejaba de su continuismo y de que algunos funcionarios del Ministerio tenían la foto dedicada de doña Ángeles Amador. ¡Hombre! Tampoco les vamos a quitar las fotos dedicadas porque no es un problema. A mí me parece que las fotos son recuerdos amorosos —digo amorosos, de respeto—, no son fidelidades ideológicas, y en ese sentido que no las quiten. Como digo, al hablar de los medicamentos hay algo que no entendemos, y además no lo entendemos desde la racionalidad, y es lo que les han dicho a los consumidores. Hay también acuerdos políticos como el de Farmaindustria que —como ha dicho doña Ángeles Maestro— no nos han mandado todavía para informarnos de lo que de verdad está acordado.

Luego está el porqué no se recetan los medicamentos. Nosotros no vamos a ser tan exigentes desde Nueva Izquierda como ha sido Ángeles Maestro. Vamos a dejar que haya en el registro algo como los geles, que dicen que si te los das pierdes peso. Yo me tendría que dar toneladas, pero hay algunas que se resignan y como esto es muy psicosomático y la medicina no es una ciencia cierta a lo mejor adelgazan. Yo dejo que lo pongan en el registro, pero eso no quiere decir que me lo tenga que mandar el médico de la Seguridad Social porque me va a decir: Cristina, esto es una tontería, ¿para qué te lo vas a dar? Ahí está la racionalidad y la responsabilidad.

Lo que sí quiero es que se retiren los medicamentos por ineficaces y no por otra cosa, por ineficaces desde la Administración pública, que no quiere decir que uno se los tome porque le dé la gana; que se sepa que hay otros que los van a sustituir. Lo que no pueden es hacernos adictos al Nolotil y al Fluimucil. Miren qué casualidad. Ayer cuando intervine en el Pleno tenía la garganta hecha polvo, casi no pude ni hablar, tosí y les di mucha pena a los diputados. Me fue a la médico del Congreso, que yo creo que no me quiere mantener sin hablar toda la legislatura, y me dio unos sobres de Fluimucil, que no sabía si tomármelos o pensar que era un medicamento inútil y me iba a tener bloqueada sin hablar hasta en esta Comisión. Me dio el Fluimucil. Yo lo entiendo. No me dan el Clamoxyl, doliéndome la garganta, y sin embargo me dan el Zinnat, que vale 5.000 pesetas. Me quedé pasmada. Me quita el Clamoxyl y me dan otro medicamento que vale 5.000 pesetas ¿es para que ganen los laboratorios o es porque es mejor? La responsabilidad política está en que si usted quiere ahorrar en medicamentos porque son inútiles nosotros le apoyamos, porque no tengan efecto pero no porque los quieran dar. Pero que se sigan

recetando desde la Seguridad Social, pues como el pobre paciente no entiende y encima es un adicto, después de muchos años, al Fortasec, a la Salvacolina, al Fluimucil, al Bisolvon y a los demás, y el médico, que sí entiende, le diga: Aunque el ministro dice que no lo pagamos, como usted ya está acostumbrado y le va bien, yo se lo receto y usted lo paga, eso es una irresponsabilidad política. Nosotros no estamos por la labor de que haya recetas de doble condición. Si ustedes piensan que ese medicamento no se puede tomar, que no lo receten los médicos de la Seguridad Social en ningún caso, ni con receta blanca ni con receta negra, porque ustedes piensan que no le hace nada al paciente. Nos vamos a quedar sólo con los enfermos graves, como cuando trajeron ustedes a Superlópez a hacer ese estudio sobre la sanidad y sólo le interesaban los enfermos graves. ¿Y los otros? Si a un enfermo no le dan el Fortasec, a lo mejor termina con una deshidratación que le convierte en un enfermo grave y entonces tenemos que gastarnos todo el presupuesto. Aquí hay algo que no funciona. Yo no creo en la irresponsabilidad política de ningún gobierno y de un gobierno democrático.

Por tanto, no le queremos hacer la crítica por ser del Partido Popular, porque el Sistema Nacional de Salud no es del Partido Popular ni es del PSOE, es de todos los ciudadanos que durante muchos años hemos aportado nuestras cuotas y nuestras esperanzas para ir mejorando nuestras condiciones de vida. Por eso queremos impedir que usted, en nombre del Partido Popular, o la señora Amador, en su día, en nombre del PSOE, nos quiera quitar esos medicamentos. ¿Que lo que quieren hacer es educarnos mejor? Estupendo. ¿Que quieren hacernos correr un poco? La justificación que dio usted de que yo para curarme la garganta me fuese a correr al Parque del Oeste en vez de tomar Fluimucil no me vale, porque a lo mejor yo no me puedo ir a correr al Parque del Oeste y aunque sea con más perjuicios me la quiero curar así. Es ridículo que cuando vaya un viejecito le digan: Tome usted mucha agua. Porque le va a decir: ¡Oiga! Es que usted me está tomando el pelo. Es verdad que los hábitos de salud se tienen que educar desde pequeños, nosotros también estamos en eso, pero no se puede hacer todo mezclado porque la gente piensa que le está usted tomando el pelo. Nos preocupa la situación. Usted dice: Vamos a sacar dinero para operar más caderas. Yo quiero que saquen más dinero para operar más caderas, pero no a costa de que tengamos que quedarnos con la garganta hecha polvo. Lo que queremos es que usted lo saque de otras cosas que nos parecen más inútiles, de otros presupuestos. Sobre todo, nos gustaría que las caderas las opere usted en la Seguridad Social y que no haga conciertos con la privada, porque las van a mejorar entonces sus hospitales y sus clínicas van a ser las privadas a costa del dinero que usted les da de la pública. Lo que hay que ver es cómo hacemos una política de personal, cómo los médicos trabajan más, cómo financiamos para que haya una mejor gestión. Eso es lo que va a agradecer la ciudadanía, no lo que usted le dé a los demás, no lo que usted se gaste a costa del sistema público, no lo que vaya mermando la capaci-

dad del sistema público. En ese sentido, creemos que usted no lo ha explicado bien aquí o por lo menos no lo hemos entendido. Sospecho que después de la adicción a esos medicamentos tan universales que usted nos ha estado dando vamos a pensar que nos estaban matando poco a poco porque eran ineficaces y los hemos tomado por las orejas, y ahora debería decir usted que se han descubierto cosas mejores y se las vamos a dar. Eso es lo que la gente quiere, que les dé usted la seguridad de esa protección, pero ésa no se la ha dado.

No me gustan los enfrentamientos autonómicos y pienso que estos pactos son integradores de políticas, pero no me gustaría que hubiera cosas oscuras. No me gusta que cierre un laboratorio de Alcobendas porque todos los medicamentos que han tocado son suyos y estén presentando ya una suspensión de pagos o un despido de 200 trabajadores. Vamos a ordenar entre todos la industria farmacéutica. Vamos a pedir —como han dicho Ángeles Amador y Ángeles Maestro— los genéricos. Los genéricos no son una consigna que tengamos, pero como hay tantísimo consumismo en los medicamentos, tanta presión de la industria multinacional farmacéutica, usted tiene que buscar ayuda contra ellos, no contra nosotros, y en ese sentido estamos dispuestos a dársela. Hay que buscar los mejores genéricos, hay que buscar los menos posibles para que no haya tanta oferta, pero que la que haya sea la más práctica, y conseguir el mejor precio. De ese mejor precio puede venir un acuerdo sobre envases, una educación racional del medicamento. Es más importante decir a los ciudadanos que los medicamentos hacen daño también, que no hagan colección de medicamentos. Fíjense que les hemos dicho a los ciudadanos: Búsquense un container para tirar por un lado los cristales y por otro los papeles, y van los hombres con sus bolsas a buscar los containers de los cristales para tirarlos. Somos gente dispuesta a recibir la educación, pero no a que no nos justifiquen la sustitución ni la supresión. Creo que ése es el fallo. Es una política de recorte que atenta contra un gran sistema de salud que no le pertenece a usted. Si usted lo mejora todos vamos a estar agradecidos, pero yo creo que no se mejora de la forma en la que lo ha hecho, con intereses ocultos y con una cierta unilateralidad en la decisión que perjudica al sistema. Por eso nosotros creemos que se ha equivocado. Además, esa política ya la habíamos denunciado también cuando la hizo el PSOE. Para nosotros lo importante no es quién lo ha hecho peor, sino quién lo va a hacer mejor, y usted lo sigue haciendo tan mal o peor; y le digo peor para que no le quede ninguna duda porque ya lo han dicho los socialistas, que hicieron otra cosa. Si usted lo hace mejor nosotros le vamos a apoyar. Pero usted lo ha hecho mucho peor porque ha ido a medicamentos que a los que estamos medianamente sanos no nos van a dar, porque no vamos a tener derecho, y a los que estamos gravísimos nos los van a dar todos porque somos estupendos. Yo quiero que se atienda al sida, pero también quiero que se atienda a las gripes que son duras y a otras cosas. En ese sentido se ha hecho un flaco servicio al sistema público de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Le ha dejado muy poco tiempo su compañera, señor Chiquillo. Le pido comprensión.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: No diga que es mi culpa, diga que es la suya, porque le va a cortar.

El señor **PRESIDENTE**: Efectivamente.

El señor **CHIQUILLO BARBER**: Intervengo en nombre de Unión Valenciana para plantear lo que ha generado cierta alarma y preocupación, porque la falta de transparencia de ese acuerdo del Ministerio con Farmaindustria, al que muchos grupos parlamentarios y diputados no hemos tenido acceso, ha generado falta de claridad y concreción, ya que no hemos tenido conocimiento de dicho acuerdo. Si la lista de medicamentos es de ochocientos sesenta y tantos, que al final se queda en poco más de 600, esos productos excluidos de la financiación pública han generado una gran preocupación pero sobre todo una gran confusión general, porque las explicaciones oficiales han sido distintas y dispares según el interlocutor que hablaba.

La primera pregunta que hacemos es cuál es el alcance y los objetivos que el Ministerio pretende y si el objetivo de ese acuerdo que se firmó va a consistir simplemente en excluir unos productos por el famoso recorte para ahorrar en el gasto farmacéutico o si se va a poner la misma intensidad en otras medidas que ahí se recogen para garantizar el sistema público de la sanidad.

Es indudable que hay que hacer mención, cinco años después, a lo que se denominó medicamentazo allá por enero o febrero del año 1993, y desde la independencia que me permite el hecho de que entonces nos opusiéramos, como ahora nos oponemos a algunas de las medidas que se contemplan en este medicamentazo segunda parte, puedo decir que en aquellos argumentos que se utilizaron se habló de una exclusión de productos y de listas negativas, pero en 1993 era el medicamentazo y ahora es el retorno del medicamentazo. Algún diputado ha apuntado lo que en su día dijo el portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados, que fueron palabras bastantes duras que ahora intentaré comentar.

En Unión Valenciana pensamos que a la hora de tomar esas decisiones, que están pendientes porque aún quedan, como ha dicho muy bien, algunos pasos que cubrir, desde el primer momento se está viendo cómo se prima un claro criterio economicista por encima del criterio profesional, sanitario, de salud y de seguridad de los ciudadanos, y eso es preocupante. Este argumento también se utilizó en 1993 por algún alto cargo del Partido Popular para criticar la medida del Partido Socialista en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, denominado por el Partido Popular medicamentazo. Señor ministro, le pido que se nos facilite información sobre cuál es el gasto farmacéutico medio de España respecto a los demás países y cuál es el consumo per cápita de un ciudadano español respecto al de otros países de la Unión Europea. Sería importante tener ese dato.

Esa medida, desde nuestro punto de vista y tal como ha sido manifestado por asociaciones de consumidores, jubila-

dos y pensionistas y por farmacéuticos, puede aumentar el gasto farmacéutico al quedar excluidos medicamentos para el tratamiento de síndromes menores más baratos que otros sí financiados y mucho más caros. Además, el gasto farmacéutico por persona puede dispararse y ya que estamos hablando de medicamentos en concreto, como el otro día apuntaban algunas asociaciones de consumidores y algunos farmacéuticos, para sustituir el Clamoxyl mucolítico —98 pesetas en la farmacia— se recetarán dos medicamentos que costarán más de 1.000 pesetas. Esa situación que se da en este caso concreto se puede dar en otros productos y con ello se demuestra que no llegaríamos al objetivo de intentar controlar el gasto farmacéutico. A lo mejor también podría hacerse un control más férreo de la bolsa de fraude, porque es otro de los objetivos que se marcan y parece que se olvida.

Quiero comentar brevemente que los farmacéuticos, las asociaciones de consumidores y usuarios e incluso asociaciones de jubilados y pensionistas han coincidido en valorar negativamente la propuesta en el trámite en el que se encuentra en estos momentos y en que es un engaño al usuario, una burla a los profesionales de la salud y una medida económica absolutamente ineficaz. El dato del Clamoxyl que le acabo de citar es una prueba y el caso puede repetirse en otros productos. Por tanto, ese rechazo que se ha generado debe estudiarse. Hay usuarios que han comentado que aquellos pensionistas que tienen enfermedades crónicas pueden salir muy mal parados de esta decisión en cuanto a lo que va a repercutir en su bolsillo directamente.

Voy a hacer referencia a una frase que es importante que se sitúe en el debate de hoy. Hace cinco años, en 1993, se dijo por el portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular: el PSOE ha comenzado a privatizar la sanidad pública y a instaurar con el medicamentazo una sanidad para ricos y otra para pobres. Han ahondado en una película de recortes aplicando una medida que limita las prestaciones asistenciales y farmacéuticas. Cinco años después creo que esta frase merece un monumento y cuando menos que se discuta sobre la misma.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Chiquillo, le ruego concluya.

El señor **CHIQUILLO BARBER**: Voy concluyendo. ¿Cuáles son los objetivos del Ministerio sobre el pacto que se firmó con Farmaindustria? Una cuestión es la educación para un uso responsable de los medicamentos y el control de la prescripción, en lo que estoy de acuerdo, y otra cosa muy distinta son las medidas traumáticas que afectan directamente a unas personas que no han participado en dicho pacto, que son las personas mayores, los jubilados y los pensionistas, que afortunadamente gozan de más años de vida por los avances científicos y médicos. Por tanto, el gasto sanitario en ese colectivo está aumentando, lógico y de lo cual nos tenemos que alegrar porque nuestros mayores viven más.

Sería de gran interés para este diputado y para Unión Valenciana que se plantearan políticas rigurosas respecto a

los medicamentos genéricos con mayor valentía, porque estamos en la cola de la Unión Europea respecto al porcentaje que éstos ocupan. ¿Cuáles son los objetivos para salir de esa cola, conseguir situarnos y quedarnos en un lugar intermedio al nivel si no de Dinamarca o de los Países Bajos, por lo menos al nivel de Alemania, que está por encima de España en cuanto a los medicamentos genéricos? ¿Cuáles son los porcentajes de inversión en I+D sobre el presupuesto sanitario total para conseguir que estas cuestiones sanitarias de farmacia estén al nivel de los países más avanzados?

Para concluir, dejando de lado las opiniones de usuarios, consumidores, jubilados, pensionistas y farmacéuticos que se oponen al planteamiento del Ministerio, si se lleva a término la propuesta al cien por cien, como se ha planteado hasta ahora, creo que significará un recorte del Estado del bienestar y lo que es ineludible es que se va a generar un Estado del malestar sobre aquellos que tienen una mayor dependencia de medicamentos que pueden ser ahora excluidos de la financiación pública y que van a seguir a su disposición en las farmacias.

Desde Unión Valenciana lo que planteamos es que vuelva usted al primer momento procedimental, recapacite, rectifique, intente dar participación y busque un debate consensuado por todos, porque no sólo tienen que opinar las industrias farmacéuticas y el Ministerio; hay muchos sectores involucrados, y con diálogo y consenso social podremos conseguir que se destierre la palabra medicamentazo y la expresión de Estado del malestar y un afianzamiento del Estado del bienestar, que es lo que todos estamos buscando. Hay muchas más medidas para el control del gasto sanitario que la de ensañarse en un recorte brutal del gasto farmacéutico.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Supongo que la señora Almeida no me reñirá por haberme sonreído cuando ella intervenía, porque hay que reconocer que tiene gracia e incita a esa sonrisa.

No me duelen prendas, señora Almeida, en hacer política continuista cuando creo que es lo que se debe hacer. Yo entendí justificada la medida del Partido Socialista en 1993 y me parece que ahora se debía ampliar y no tengo ningún inconveniente en ser continuista. Naturalmente que hago con satisfacción las correcciones de las políticas con las que me encontré que necesitaban ser corregidas —no había una política de genéricos y la hemos puesto—, pero ser continuista en lo que se debe ser no me crea ningún problema.

Señora Almeida, se retiran por las razones que hemos dicho, porque en unos casos se refieren a síndromes menores y, sin discutir la eficacia, no se entiende que esté justificada una financiación pública en esos casos en ningún país con los que nos comparamos; ahí no se discute de la eficacia. En otros casos se retiran porque el nivel de eficacia no se considera suficiente, pero no quiere decir que

tampoco haya que excluirlos del registro y lo he repetido muchas veces. Las cosas aquí no son siempre blancas o negras; es un problema de matices, de apreciación y de cantidad. Eso es lo que significa la relación coste-eficacia de las cosas que hay que tener muy en cuenta cuando se gestionan recursos tan importantes como los que se refieren a la sanidad. Al Sistema Nacional de Salud le damos absoluta prioridad. Todo esto lo hacemos por defenderlo, pero usted tendrá que convenir conmigo en que tenemos un gasto farmacéutico excesivo en España que amenazaba la estabilidad financiera del sistema y otras prestaciones sanitarias. No podíamos seguir creciendo al 14,5 por ciento acumulativo, el doble de lo que crecían los presupuestos, porque eso amenazaba la calidad del propio Sistema Nacional de Salud. Teníamos que tomar medidas de esta naturaleza, todas las que hemos tomado en relación con la política de medicamentos, que no es esta sola, son muchas más, como he tenido ocasión de repetir esta mañana, en defensa de este Sistema Nacional de Salud que todos apreciamos. Ningún laboratorio se tiene que hundir por estas medidas y créame que lo que estamos haciendo es servir a una buena sanidad en España con los recursos mejor asignados de lo que ocurría en el pasado.

Señor Chiquillo, esto mismo contesta a su observación de que éste es un criterio economicista. No se le puede decir esto a un Gobierno que pone 386.000 millones más en la sanidad, que aumenta la financiación sobre el modelo anterior en 200.000 millones en las circunstancias de restricción de gasto público en las que estamos. Es un criterio de racionalidad en el manejo de los recursos para una prestación tan importante como es la sanitaria. El gasto medio farmacéutico en Europa es del 15-16 por ciento; en el gasto sanitario total en España estamos en el 25 por ciento. Eso nos ha exigido una reflexión muy seria sobre el gasto farmacéutico y de ahí la atención que le hemos prestado a esta parcela de nuestras responsabilidades, que ha dado lugar a unos acuerdos con Farmaindustria, como he repetido muchas veces, a la reducción de los márgenes de los medicamentos, a la introducción de la política de genéricos y a una gestión más eficiente de esta prestación.

Es verdad que puede haber casos en los que el hecho de prescindir de una asociación a dosis fija puede determinar el mayor coste de una determinada atención a un enfermo, pero eso lo hacemos en aras de la calidad, porque no íbamos a sacrificar la calidad de esa atención aprovechándonos de la existencia de medicamentos de asociaciones a dosis fijas. También le digo que con el conjunto de medidas que hemos tomado esperamos obtener las economías a que nos hemos referido con carácter general y que vamos a aplicar a atender mejor otras necesidades que consideramos prioritarias. Naturalmente que nos preocupamos de cuidar la prestación y de pedir y obtener de nuestros profesionales la mayor colaboración para implantar cada vez más este tipo de medidas y conseguir entre todos una contención de este gasto, que se puede conseguir sin merma de la calidad de la asistencia que damos. Para eso estoy seguro de que vamos a tener la colaboración, como estamos teniendo ya, de nuestros profesionales.

La situación de los crónicos justamente está especialmente cuidada. Hay excepciones en el proyecto que presentamos que los tienen muy en cuenta, como tienen muy en cuenta a las personas mayores. Hay que convenir que son justamente las personas mayores las más beneficiadas por la mejora de los servicios que tratamos de conseguir con estas economías y con todo lo que el Gobierno ha puesto a nuestra disposición para mejorar la prestación sanitaria.

En los genéricos le puedo asegurar que vamos más deprisa que nadie. Ciertamente encontramos una situación muy negativa. Ojalá hubiéramos tenido muchos genéricos ya implantados en España y las economías que de ahí se hubieran derivado hubieran reducido este volumen del coste farmacéutico en nuestro país. Le aseguro que estamos trabajando con más diligencia que ningún país europeo, que tenemos ya más de 80 medicamentos genéricos aprobados y que esa cifra está creciendo semana a semana para alcanzar los niveles que todos deseamos en ese punto.

Mire usted, esto no es ningún recorte del Estado del bienestar, esto es una acción en defensa del Estado del bienestar, en defensa de una buena prestación sanitaria, conteniendo un capítulo de esa prestación que estaba en España en términos que se comparan con mucha desventaja con países más adelantados y más potentes que nosotros. Lo que queremos es mantener justamente estas prestaciones sanitarias dando la prioridad adecuada a cada uno de sus aspectos y estamos tan abiertos al debate que le hemos dado toda la difusión posible a este asunto. Nos encontramos justamente en el trámite del debate, de las aportaciones y de las colaboraciones. No es una decisión ya tomada por el Gobierno, es una propuesta que se tramita ahora; naturalmente, tiene todos los avales que nosotros hemos encontrado para que sea una propuesta racional y fundada, pero el debate está abierto y vamos a escuchar y atender cuidadosamente todas las observaciones que se nos hagan. **(La señora Almeida Castro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Por un minuto, señora Almeida, porque de otra forma le quitaré la palabra.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Sí, señor presidente. Hay una cosa que no ha contestado el ministro y es una de nuestras preocupaciones.

Está bien e incluso estaríamos dispuestos a justificarlo, aunque luego fuéramos críticos en la exclusión, pero que se sigan dando con receta de la sanidad pública esos medicamentos, aunque sea la receta blanca, lo consideramos un error evidente que puede ser aprovechado por los médicos en contra además de los propios ciudadanos. Me parece que no ha contestado a esa cuestión y nos gustaría que lo hiciera. Al hilo de su intervención ahora mismo, cuando le contestaba al señor Chiquillo, ha dicho algo sobre lo que le quería preguntar, pero se me ha ido de la cabeza. En cualquier caso, lo que sí quería decirle es que la explicación en este momento de la receta blanca me parece una forma de no financiar más discutible y desde luego, si hoy el proceso está abierto todavía —siempre cuando vienen las críticas es cuando lo cierra—, quiero pedirle también que nos

oiga y oiga a todos esos colectivos antes de tomar la decisión, y no que primero tome la decisión y luego quiera que no le protesten los colectivos.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Mire usted, señora Almeida, nosotros estamos seguros de que nuestros profesionales van a hacer un uso muy razonable y muy apropiado de esa receta blanca. No hemos querido privar ni a los profesionales ni a los pacientes de esa posibilidad, asumiendo toda la información que hemos puesto sobre el tapete. Estoy seguro que nuestros profesionales harán un uso muy razonable, muy inteligente y cuidado de esa receta blanca. No hay nada que temer en ese aspecto porque los médicos la van a usar muy adecuadamente.

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

La señora **RIERA I BEN**: Señor ministro, nuestro grupo parlamentario, como ha manifestado incluso el propio presidente de la Generalitat y que recogen los medios de comunicación, no es entusiasta de la medida adoptada. No obstante, por lealtad al Gobierno vamos a respaldarla. Si me permite añadir una valoración de cosecha propia, diría que lo vamos a hacer no tan sólo por lealtad sino por responsabilidad. ¿Por qué no somos entusiastas de esta medida? Pues, señor ministro, porque el invento no es suyo. El invento fue del Partido Socialista en el año 1993 y en su día no dio resultado y las mismas precauciones que nos sugirió en su momento la medida son las que ahora hacen que nuestra valoración tenga que ser por lo menos prudente.

Dicho esto, pienso que por responsabilidad, por coherencia y por transparencia política, debo fijar mi posición respecto a las valoraciones y los comentarios que el principal partido de la oposición viene efectuando sobre este tema. Lo hago como siempre desde el respeto y, si se me permite la expresión, desde la simpatía que tanto mi grupo parlamentario como esta portavoz profesan a la portavoz socialista, la ex ministra doña Ángeles Amador. No puedo evitar sentirme perpleja después de haberla oído, por lo menos tan perpleja, señora Amador, como quizá se sienta usted después de ver y comprobar que el partido que sustenta al Gobierno aplica ahora las medidas que usted aplicó en el año 1993 y que entonces fueron objeto de dura crítica. Yo entiendo su reacción, humanamente la comprendo, incluso podríamos decir que comprendo que la tentación de pagar con la misma moneda debe ser fuerte, quizá incluso podríamos encontrar muchos refranes: aquellas aguas trajeron estos lodos. Mire, señora Amador, políticamente pienso que cuando el partido que está en la oposición ha sido Gobierno debe actuar con mayor responsabilidad. El discurso político debería ser otro.

Se puede estar o no de acuerdo en si para preservar el Sistema Nacional de Salud es preciso aplicar recortes en

cuestiones menores, recortes que no hay que olvidar suponen ahorros que deben servir para que se reinviertan en el propio sistema. El ahorro que ahora nos propone el Ministerio de Sanidad y el Gobierno es un ahorro finalista y esto hay que repetirlo, explicarlo y divulgarlo en todos los sentidos y en todos los medios de comunicación, porque de otro modo es muy fácil caer en un alarmismo, jugar con los sentimientos de las personas, hablar de los pobres jubilados, hablar de las clases más desfavorecidas. Este discurso, al que la sociedad es sensible, se presta a gran demagogia. Que esto lo hagan grupos que no gobiernan puede entenderse o puede entenderse incluso que lo hagan los grupos que, si me permite la expresión, pienso que tienen escasas probabilidades de gobernar nunca, pero que lo hagan los que saben lo que es tener esa responsabilidad me preocupa más. A este juego mi grupo parlamentario no va a prestarse.

Nosotros vamos a respaldar la medida del Gobierno y lo vamos a hacer desde la crítica y desde un seguimiento de primera línea, en el sentido de que si llegamos a la conclusión que estas medidas —que no son fáciles de adoptar, que no son populares, que evidentemente sería mejor poder ahorrárnoslas y que nadie desea aplicarlas porque sí, para disfrutar en ello— hay que tomarlas por necesidad para contener este crecimiento del gasto farmacéutico, que está muy por encima de lo que el sistema puede soportar, si todo esto se hace por estos motivos, de lo que tenemos que asegurarnos es de que se consiguen los fines que se persiguen. Es imprescindible que paralelamente a estas medidas podamos ir constatando día a día que se consigue este ahorro. Señor ministro, aquí le pedimos que la acción del Gobierno sea clara, contundente y transparente. Si hay que tomar medidas paralelas a la de la financiación selectiva de medicamentos, que se tomen. Hay que evitar los efectos de desplazamiento de la prescripción, hay que concienciar a médicos y a ciudadanos, hay que educar, aunque quizás el Gobierno o los que nos dedicamos a la política no seamos los más adecuados para concienciar a los ciudadanos, y hago un paréntesis; por ejemplo, las declaraciones del subsecretario o las del director general de Farmacia que hizo en los medios de comunicación, aun siendo verdad, han dado un juego mediático que no es el deseable. Probablemente si grupos de médicos, de farmacéuticos o profesionales de la sanidad dijese que es verdad que muchas veces pueden sustituirse medicamentos de estos de baja utilidad terapéutica por hábitos o por formas de vida más sanas, la sociedad o la población lo entendería mejor que cuando esto lo dicen los políticos. A veces las recomendaciones tienen que darlas las personas apropiadas y muchas veces no lo somos nosotros, porque si lo hacemos los políticos, siempre tiene un matiz tendencioso y en estas cosas hay que ir a buscar simplemente la verdad. ¿Es cierto o no es cierto que estos medicamentos son de baja utilidad terapéutica? ¿Es verdad o no es verdad que científicamente hay unos hábitos de conducta que pueden mejorar la salud? Pues eduquemos a la población, eduquemos en las escuelas, seamos todos ciudadanos más responsables porque somos más educados.

Alguien ha dicho —no sé si ha sido doña Cristina Almeida— que es importante además que eduquemos y que concienciamos a la gente de la necesidad de evitar el fraude. Esto también hay que decirlo. En una encuesta que publicaba el Centro de Investigaciones Sociológicas correspondiente al mes de diciembre, cuando se preguntaba a la población qué criterios tenían acerca de si se utilizaban mal las recetas de los pensionistas, había un porcentaje muy elevado de la población que consideraba que sí. Decían que sí cuando se preguntaba: ¿usted conoce a personas que hagan mal uso de estas recetas? Y también decían que sí cuando la pregunta era: ¿usted conoce a personas que están de baja sin que sea justificado? Pues seamos consecuentes. Actuar con nobleza y educar a la población no es ni patrimonio de ningún grupo político ni responsabilidad exclusiva de nadie y ni siquiera se puede decir que sea responsabilidad del Gobierno. En esto tenemos la obligación y la responsabilidad de colaborar todos, de ser serios, de criticar lo criticable, pero sin hacer demagogia.

Termino, señor presidente, reiterándole al señor ministro que aunque sea desde las reservas va a contar con nuestro respaldo. Seremos muy concretos y muy precisos en ver si los objetivos que se pretenden se consiguen. Esperamos que así sea para el bien del sistema y para el conjunto de todos los ciudadanos y ciudadanas del Estado. **(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 contestar muy brevemente las alusiones directas que la portavoz de Convergència i Unió me ha realizado.

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia interpreta que ha sido un debate de guante blanco por parte de la portavoz de Convergència hacia la señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Yo valoro mucho su apreciación, como siempre, señor presidente, pero insisto en pedir la palabra para contestar alguna alusión que se me ha hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Sin abrir debate y por un tiempo de un minuto, tiene la palabra.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Muchas gracias, señor presidente.

Muy brevemente quiero contestar la intervención de la portavoz de Convergència i Unió, a la que es ocioso expresar no sólo mi respeto sino mi mayor consideración; por tanto, me referiré exclusivamente al tono de su intervención.

Yo entiendo muy bien que Convergència i Unió esté apoyando al Gobierno, esté apoyando la política sanitaria del Gobierno y esté apoyando esta medida que, como ya he dicho en mi anterior intervención, es consecuencia del acuerdo de financiación, el acuerdo de financiación de la sanidad que Convergència i Unió defiende, y entiendo

muy bien por qué lo defiende. Lo que no puedo entender es que desde *Convergència i Unió*, y en esta materia, se nos den lecciones de responsabilidad, de nobleza y de que hay que educar a la población. Yo tengo que rechazar ese planteamiento, porque me resulta absolutamente ofensivo. Educar a la población, sí; contribuir a engañar a la población, no. Y como tenemos legítimo derecho a interpretar las decisiones del Gobierno como nosotros las interpretamos, tenemos derecho a exponer por qué.

Finalmente, yo no contesto con la misma moneda en ningún tipo de actuación política, y bastaría para eso echar un vistazo al «Diario de Sesiones» para que la señora Riera viera que nada tiene que ver ni el fondo ni la forma de la oposición que hace el Grupo Socialista y desde luego su portavoz con lo que recibió cuando tenía la responsabilidad de gobernar.

El uso racional del medicamento que nosotros defendemos no consiste en trasladar financiación pública al bolsillo privado. Consiste —y lo diré una vez más— en asumir la responsabilidad de explicar a la gente que hay medicamentos que no hay que tomar porque no sirven. Ése es un planteamiento que con acierto o con error nosotros defendimos entonces y defendemos ahora, y lo que ahora se hace es retirar de la financiación pública medicamentos cuya eficacia se defiende para que se sigan consumiendo y pagando por los bolsillos de los ciudadanos. Ésa es una diferencia sustancial, que es la que yo, con todo respeto a la actuación de otros grupos, defiendo, como es mi derecho y también mi obligación. **(La señora Riera i Ben pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Señora Amador, en la segunda parte de lo que acaba de decir estamos totalmente de acuerdo. Discrepamos en que lo que usted considera finalidad de entonces tenga que ser finalidad distinta de ahora, además, con un matiz. Si no lo tengo mal entendido —usted sabe que yo no estaba entonces en estas Cortes—, cuando usted propuso lo que le acuñaron los otros con el término de medicamentazo, el ahorro que su Gobierno calculó como estimado simplemente se sacaba del Sistema Nacional de Salud. El ahorro que ahora se supone debe salir de estas medidas se reinvierte en el propio sistema. En tal sentido mi grupo piensa que, de ser cierto, la finalidad es mejor.

Permítame sólo que le haga un comentario, señora Amador, y en ningún momento quiero entablar una polémica con usted, porque ya le he dicho que todos mis comentarios los hago desde el profundo respeto y manifiesta simpatía, pero permítame que añada una cosa a lo que usted ha dicho antes: Dentro de las razones que usted tiene para entender que nosotros demos soporte al Gobierno hay otra bastante significativa, que es la de decir que nosotros, nuestro grupo parlamentario, también le apoyamos a usted en su momento, cuando todos los demás le atacaron.

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

El señor **CABALLERO BASAÑEZ**: Señorías, dado lo avanzado de la hora, voy a ser muy breve.

La posición del Grupo Vasco (EAJ-PNV), tanto en este Parlamento como al frente de su responsabilidad en el departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, es colaborar en la racionalización del consumo farmacéutico y no sólo en la mera participación en medidas de ahorro. Por ello, estamos a favor de un proceso de racionalización de la prestación farmacéutica en la medida en que favorece la salud de los ciudadanos. En todo caso, entendemos que la financiación selectiva debe ir acompañada de medidas complementarias y, en este sentido, como hemos dicho en alguna otra ocasión, planteamos 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 precios de referencia, control de fraude, etcétera. Pero estamos en contra de que se adopten medidas de restricción farmacéutica en la intención de conseguir un ahorro en el gasto sanitario, aunque dicho ahorro vaya destinado a satisfacer otras necesidades sanitarias. Hay que recordar que la experiencia demuestra que los ahorros previstos en el plan anterior, el de 1993, no se producen en la práctica; es más, transcurrida una primera fase, los medicamentos excluidos son sustituidos por otros más caros si no hay otro tipo de medidas complementarias.

Los criterios generales señalados por el Ministerio para la exclusión se nos presentan inicialmente correctos: asociaciones de medicamentos a dosis fijas, medicamentos de bajo beneficio para los pacientes, medicamentos para tratamientos de síntomas y síndromes menores, etcétera. No obstante, en la lista presentada por el Ministerio no son excluidos todos los medicamentos que se relacionan ni la lista incluye, en nuestra opinión, algunos que no debieran financiarse con cargo al sistema estatal de salud. El departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, a través de su consejero de Sanidad, presentará en el Consejo Interterritorial de Salud modificaciones a la lista en el sentido señalado.

Por otro lado, nos parece un tanto lamentable que la confección del listado provisional, hasta ahora, de medicamentos excluidos de financiación se haya producido sin contar con la participación previa de la Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento, órgano consultivo de la Administración en esta materia, y preguntamos por qué se ha hecho pública sin haber realizado esta consulta.

También nos parece lamentable e insolidario que el Ministerio no haya recabado, en esta fase previa, la participación de las comunidades autónomas con competencias farmacéuticas para confeccionar esta lista provisional de medicamentos, y por eso le pregunto por qué. El Gobierno Vasco —tengo que dejarlo claro— no ha participado ni en su discusión ni en su elaboración; solamente tuvo acceso a esta lista el día anterior a la rueda de prensa del Ministerio, donde se presentó lo que todavía es proyecto —como se ha señalado— de financiación selectiva.

Finalmente, no puedo acabar sin destacar que fue el partido Socialista quien inició la dinámica que actual-

mente estamos debatiendo, y en este momento estamos viendo que está combatiendo este asunto con gran demagogia. No nos parece de recibo su actitud y así quiero señalarlo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señor ministro, por su comparecencia, comparecencia que era urgente y necesaria porque últimamente dos iniciativas presentadas por el Gobierno han creado inquietudes muy grandes en diversos sectores de la sociedad, según dice la mediática. De lo que no cabe la menor duda es de que el ambiente está revuelto.

Una iniciativa ha sido el tema que nos concita hoy aquí, cual es el proyecto de real decreto-ley del medicamento, popularmente llamado medicamentazo y por algunos supermedicamentazo, que ha llevado la intranquilidad por algunas personas, consciente o inconscientemente, especialmente a los pensionistas y a los parados. No voy a explicar en qué consiste la exclusión de la financiación pública de esos 869 fármacos, que equivale, como usted ha dicho, a un 3,7 por ciento de la factura farmacéutica del Estado, pero hay que advertir que 281 son medicamentos que apenas existían en el mercado y que entre los 588 restantes hay fármacos muy conocidos.

Otra medida que ha originado un desasosiego, pero que hoy no es objeto de trato parlamentario, lo será en su momento la iniciativa sobre la reducción escalonada de los márgenes farmacéuticos, por lo que puede afectar a las farmacias rurales y de barrios. En una visión que pudiéramos llamar macroscópica parece que a los jubilados y a los parados les han caído todas las chinitas, porque, por un lado, les afecta el medicamentazo y, por otro, si saliese adelante el proyecto de ley sobre los márgenes escalonados de farmacia, veremos los fantasmas de situaciones concursales, suspensiones de pago, quiebras y concursos en las pequeñas farmacias, que, no olvidemos, tienen una protección y un reconocimiento en el artículo 1.º de la ley de ordenación farmacéutica. Pero vamos a limitarnos con toda brevedad, porque aquí ya se ha dicho de todo, a lo que es el objeto del debate.

Yo quisiera advertir, y que no se enfade mi estimada ex ministra doña Ángeles Amador porque la aprecio muchísimo, que esto es repetición de la misma película pero con personajes alternativos. Es lo mismo, y volverá a ocurrir si el poder vuelve al PSOE, y sucesivamente si vuelve el PP; es lógico. El estado de bienestar es una conquista que hay que reconocer que fundamentalmente la desarrolló el PSOE, y no se limita ni quiere contenerse en la defensa de lo que son sus postulados. Pero hay que reconocer que el primer medicamentazo lo hizo el PSOE y que la primera reducción a las pequeñas farmacias también fue hecha por el PSOE, pero yo no quiero discutir nada de eso porque, como siempre digo, Jesús aprecia mucho a los ángeles.

Coalición Canaria estima, dejando a un lado los reproches recíprocos de los grandes partidos, que era necesario la adopción de medidas como ésta en un país en que el

gasto farmacéutico es el más alto de Europa —888.000 millones de pesetas—, donde hay un exceso de productos farmacéuticos de escasa eficacia, donde hay tendencia a un consumo injustificado y hasta, en ocasiones, almacenamientos innecesarios y abusivos. Sabemos también que esto no es preocupación única del Estado español y que otros países de la Unión Europea están en la misma línea: Francia, Italia, Portugal, Grecia, etcétera.

Este real decreto nace con el propósito de conseguir un ahorro en el gasto farmacéutico. Aquí se ha explicado, aunque no muy bien porque como han dicho los portavoces de otros grupos políticos no tenemos el documento original, pero no cabe la menor duda de que se ha hablado de 39.000 millones para Farmaindustria y que para los usuarios serán unos 33.500 millones, que al final del año 1998 no va a ascender a esta cifra porque, de salir adelante, como esperamos, este real decreto, entraría en vigor a mediados de año, por tanto, la segunda partida se quedaría en unos 17.000 millones de pesetas.

¿Qué criterios se han utilizado para la supresión de estos medicamentos? Se ha explicado que ha sido la eliminación de todos aquellos que podrían paliar los efectos de enfermedades conocidas como de trastornos o síndromes menores, productos que tienen una eficacia limitada, productos inútiles, como dijo la señora Almeida al referirse al Fluumucil que por lo visto se lo dieron ayer y no le sirvió para nada, y medicinas con fórmulas asociadas. Criterios estos que, según ha dicho el señor ministro, han sido respaldados por las autoridades científicas.

Además, se ha declarado que la recaudación que se pretende obtener no va a ser genérica, que se va a perder en el presupuesto de gastos del Estado español. Va a ser un destino finalista y, repito, no genérico. Va a mejorar la sanidad a través de la apertura de quirófanos, recortes de los tiempos de espera, mayor número de mamografías, etcétera.

No han faltado críticas que han llamado a este criterio economicista, pero debemos reconocer —aunque yo estoy conforme con que es un criterio exclusivamente economicista por los argumentos que se han señalado ahora— que no ha habido mucha comunicación en esta fase de presentación del proyecto de real decreto. En esta fase que viene ahora, que son tres meses, esperamos que se oiga la opinión de todos los sectores afectados por el llamado medicamentazo. Y afecta a muchos sectores, como son los farmacéuticos, los médicos, también los parados, los jubilados, los trabajadores y los sindicatos; se ha llegado a recurrir hasta al Defensor del Pueblo, se han presentado recursos. El patio está con una gran algarabía y cuanto antes se inicien estas conversaciones o contactos será mucho mejor.

Coalición Canaria confía en ese diálogo con sectores afectados y pensamos que, pasado este período de crispación, como tanto el PSOE, como el PP, CiU, PNV y demás grupos políticos que constituyen el Grupo Mixto tienen interés en la defensa del Estado del bienestar, debemos considerar entre todos mejorar la racionalidad del sistema sanitario. Esperamos que se introduzcan de una vez, con una mayor cifra, los llamados genéricos; que se establezca la anhelada y eficaz tarjeta magnética que va a permitir el co-

nocimiento sanitario y económico del usuario, y, por último, que se consiga lo que es importante para todos los españoles: que la sanidad no se aproveche como trampolín político; la sanidad es para todos, políticos y no políticos.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor ministro, señoras y señores diputados, muy brevemente, casi de forma telegráfica, porque a lo largo de la mañana se han dicho seguramente todas las cuestiones que se tienen que decir. Se han dicho cuestiones, por parte de la oposición, que a mí me ha sonrojado porque creo que ha habido una falta de rigor y de seriedad en lo que es la crítica política a cualquier iniciativa que puede presentar el Gobierno.

Hay que poner de manifiesto, y quiero agradecer la intervención del ministro, la urgencia en su comparecencia ante esta Comisión, porque los ciudadanos, lógicamente, querían tener contestación a algunas preguntas que se han hecho en los medios de comunicación, y porque el Gobierno tenía interés en explicar el cómo y el porqué de lo que se denominan las listas negativas de los medicamentos, aquellos que no van a ser financiados por la Seguridad Social.

También quiero hacer una llamada de atención a lo que a lo largo de esta mañana se ha planteado como responsabilidad política. Si hoy ha habido un ejemplo de responsabilidad política, ésa la ha dado el ministro. El ministro ha hecho referencia a su intervención en el Consejo Interterritorial de Salud cuando era consejero de Sanidad, cuando tenía responsabilidades de Gobierno, y otros han hecho demagogia sobre algunas manifestaciones que ha hecho algún miembro del Partido Popular, a las que creo que en este momento no es recomendable hacer referencia, pero sí lo es hacer una llamada a la responsabilidad.

Como decía y telegráficamente, señor presidente, a lo largo de las cosas que se han dicho, si hay que establecer la diferencia entre la iniciativa del Gobierno actual y la del Gobierno anterior respecto al hecho en sí de las listas negativas o financiación selectiva de los medicamentos, hay que decir que, en principio, puede ser visto como algo parecido, pero creo que hay una clara diferencia. Aquello fue una medida —se dice— para el uso racional del medicamento, pero también es evidente que era una medida desde el punto de vista de la financiación del sistema. Y nosotros decimos que si es una medida para la financiación del sistema, esta medida, valga la redundancia, se acompaña de otras. Y otras son las que ha tomado el Gobierno a lo largo del año 1996: el decreto de márgenes de las oficinas de farmacia; el acuerdo con Farmaindustria que se acaba de renovar hace unos días y que fue motivo de comparecencia, también hace unos días, en esta Comisión; la implantación de los genéricos, y los precios de referencia.

Todas esas medidas constituyen un conjunto que en sí, lógicamente, van a aportar una mejor financiación del sistema, y que además, como ha dicho muy bien el ministro, se acordó en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. La preocupación sanitaria del Gobierno de la nación, desde el

punto de vista de lo que es el gasto social, se pone en evidencia con los números. En el año 1998, el 56 por ciento del gasto social del Estado, sin tener en cuenta la Seguridad Social, se dedica a sanidad; el 13,3 por ciento del gasto público es destinado a sanidad; que aquí nadie la quiera ver en peligro, porque se está intentando engañar a los ciudadanos del Estado del bienestar.

Si se establecen criterios de por qué se lleva a cabo esta ampliación del decreto —el decreto que en su momento pueda firmar el Consejo de Ministros— se establecen tres fundamentales, señor presidente: criterios de uso racional del medicamento, criterios de conocimientos científicos y criterios también de financiación presupuestaria, como no puede ser menos.

No se puede llevar a cabo una buena política sanitaria sin tener en cuenta el gasto que significa. Y se ha dicho a lo largo de esta mañana que el 22 o el 25 por ciento del gasto sanitario es el gasto farmacéutico. Estamos algo así como seis o siete puntos por encima de otros países. Se ha dicho también que hay listas negativas en los países de la Unión Europea; además, hay listas positivas, lo dijimos en otra comparecencia, en otros países de la Unión Europea que aquí ni se plantean, para que se vea la diferencia entre lo que es la prestación farmacéutica en algunos otros países respecto a lo que es el en nuestro país. ¿Y qué fundamento tiene esto, si se quiere mirar sólo desde el punto de vista economicista de la financiación, entrando en un terreno que no nos gusta? Que aquí, como he dicho antes, hay varios criterios a la hora de llevar a cabo esta financiación selectiva. El fundamento es mejorar otras prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, mejorar la atención al paciente, modernizar y actualizar las inversiones sanitarias, que hemos visto que en los últimos años estaban poco atendidas, y, por supuesto, la repercusión en la mejora en la prestación farmacéutica.

Y hay que preguntar cuál fue la finalidad de aquel decreto de financiación selectiva del año 1993. Fue mejorar el déficit público. Aquí no sale ningún fondo económico de la sanidad. Todos los recursos económicos van a la sanidad y por eso el presupuesto del Sistema Nacional de Salud, el presupuesto del Ministerio de Sanidad en el año 1998 es de cuatro billones de pesetas. Ha sido un hito en la incorporación de recursos económicos lo que ha supuesto el aumento del presupuesto en el año 1998.

Ésas son las verdades, señor presidente, pero se quiere manipular y tergiversar, y se hace una llamada al consenso y al acuerdo. Hemos estado año y medio debatiendo sobre política sanitaria, ése era el momento del consenso y del acuerdo y han salido corriendo porque no querían acuerdo alguno, no querían consenso alguno, porque pretendían creer que el acuerdo y el consenso, la mejora del sistema sanitario en nuestro país, podía ir en beneficio del Gobierno.

Nosotros sólo tenemos una finalidad desde el punto de vista de la sanidad: la consolidación y modernización del sistema sanitario y que los ciudadanos tengan un buen sistema, y por supuesto, desde el punto de vista de la prestación farmacéutica, todo el mundo sabe que los pensionistas no van a contribuir, es decir, que los pensionistas que

reciban las recetas que prescribe el médico van a contribuir en cero pesetas, y los trabajadores en activo van a contribuir con el 40 por ciento, que es con lo que estaban contribuyendo. Ésa es la realidad de las cosas, señor presidente. Yo creo que si dijera alguna cuestión más haría repetición de lo que han dicho los portavoces y, sobre todo, de la brillante intervención que ha tenido el ministro desde la responsabilidad de Gobierno y desde el punto de vista de lo que es atender a la cuestión, como decía anteriormente.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Voy a contestar a todos los portavoces intervinientes en esta última fase del debate.

A la señora Riera le quiero agradecer su respaldo, aunque crítico; siempre se aprende con las críticas. Respecto al acicate que anuncia para ese seguimiento de estas medidas en orden a conseguir los objetivos que nos hemos propuesto todos y que están en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, le puedo asegurar que vamos a participar en ese seguimiento con todo interés; vamos a tratar de evitar por todos los medios los efectos de desplazamiento que se hayan podido producir en ocasiones anteriores, y estoy seguro que para ello vamos a contar con los médicos de nuestro sistema y con los ciudadanos del país, también con los prescriptores de opinión pública, y con todos los que ejercitamos las competencias de los servicios de salud, que vamos a realizar los esfuerzos necesarios para evitar cualquier situación fraudulenta, como estoy seguro que ya hacen. Por tanto, cuente con nuestra disposición para estar en línea con esa labor de seguimiento que S. S. nos solicitaba y le agradezco su colaboración y ofrecimiento para trabajar en todas estas materias.

Al señor Caballero también le agradezco su apoyo, aunque sea crítico. Estoy de acuerdo con S. S. en que estos ahorros ciertamente no se producirían si no existieran medidas complementarias. Y creo que la situación en la que ahora mismo nos encontramos es mejor que la del año 1993, porque se han introducido en el sistema otras medidas relacionadas con la prestación farmacéutica que deben favorecer que la decisión que ahora tomamos tenga los efectos que esperamos. Vamos a hacer ese seguimiento al que antes me refería al contestar a la señora Riera.

Le agradezco también su opinión y la valoro respecto a que los criterios de exclusión entienden que son los correctos, y naturalmente las observaciones concretas que nos pueda hacer el consejero de Sanidad del País Vasco en esta fase de tramitación del asunto serán estudiadas con la atención que se merecen.

Se nos pregunta por qué no se hicieron todas esas consultas antes de hacer pública la lista. Pues porque dupli-

rábamos el trámite. Si hacemos todas las consultas antes de publicar la lista, entonces ¿para qué están las consultas? La tramitación ordinaria y normal de este asunto es que el Ministerio hace su propuesta, oye a todos los que tiene que oír, organismos y comisiones, y termina pasando por el Consejo Interterritorial; con eso damos satisfacción a todos cuantos participan en este proceso, sin duplicar los trámites como ocurriría en caso contrario. Agradezco mucho la valoración que ha hecho, sin cortapisas, de algunas posiciones expresadas en relación con la demagogia que se ha advertido en algún caso en determinados grupos políticos ante esta cuestión, ya que no es una opinión interesada la que avala esta posición.

Al señor Gómez le agradezco su apoyo igualmente crítico. Le puedo decir que la situación de los jubilados nos ha preocupado extraordinariamente y ha preocupado a todos los que han intervenido en la elaboración de la lista; hay excepciones concretas dirigidas a estos colectivos más desfavorecidos, porque nada nos preocuparía más que perjudicarlos; por el contrario, estamos convencidos de que esta medida de contención de gasto —que estaba absorbiendo muchos recursos necesarios, especialmente para las personas mayores, que son los grandes demandantes de los servicios sanitarios— nos va a permitir seguir mejorando la asistencia sanitaria en cuestiones que consideramos ciertamente prioritarias a las relativas al medicamento a que se refería la señora Almeida. Por tanto, cuente que compartimos totalmente con S. S. esa sensibilidad.

Aprecio en lo que vale su opinión global en el sentido de que era necesario la adopción de medidas como ésta y le repito lo que acabo de decir al señor Caballero: estamos en la fase de oír todas las opciones y de recoger todas las valoraciones que se puedan hacer en esta fase del procedimiento y creo que estamos actuando con toda transparencia y con toda naturalidad, sin tratar de hurtar ese debate en ningún sentido.

Al señor Villalón le agradezco, como no podía ser menos, el apoyo del Grupo Popular a la acción del Gobierno, que es indispensable y fundamental para que podamos seguir intentando y procurando por todos los medios mejorar este Sistema Nacional de Salud, ese Estado de bienestar que creo que el Gobierno está dando pruebas de tener el mayor interés en potenciar, como resulta de la mejora evidente de financiación de la sanidad que se produce este año, en circunstancias presupuestarias bien difíciles, como es conocido de todos los sectores de opinión del país.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor ministro. Le agradecemos su comparecencia.

Finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las tres de la tarde.