



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 670

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 32

celebrada el miércoles, 18 de diciembre de 2002

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Pastor Julián) para informar sobre la política del medicamento que piensa desarrollar su Ministerio. A solicitud del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. (Número de expediente 213/000926.) 21738

Preguntas:

— De la señora Julios Reyes (Grupo Parlamentario de Coalición Canaria), sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las asociaciones de consumidores y usuarios, para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento . (Número de expediente 181/002859.) 21760

	Página
— De la misma señora diputada, sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. (Número de expediente 181/002860.)	21760
— De la misma señora diputada, sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. (Número de expediente 181/002861.)	21761
— De la misma señora diputada, sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. (Número de expediente 181/002862.)	21761
— De la misma señora diputada, sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación de Distribución Farmacéutica Mayorista (Fedifar), para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. (Número de expediente 181/002863.)	21761
— De la misma señora diputada, sobre situación y grado de ejecución de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria, para la elaboración y ejecución del plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. (Número de expediente 181/002864.)	21761
Proposiciones no de ley:	
— Sobre realización de un estudio económico previo a la inclusión en la financiación pública de los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil en determinados colectivos de pacientes. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001463.)	21764
— Sobre atención sanitaria en Ceuta. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001725.)	21767

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

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (PASTOR JULIÁN) PARA INFORMAR SOBRE LA POLÍTICA DEL MEDICAMENTO QUE PIENSA DESARROLLAR SU MINISTERIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA. (Número de expediente 213/000926.)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la celebración del orden del día de la Comisión de Sanidad y Consumo y, como todas SS.SS. conocen, por acuerdo de Mesa y Portavoces comparece el subsecretario del Ministerio en vez de comparecer la ministra de Sanidad y Consumo. Fue un acuerdo de Mesa y Portavoces y damos la bienveni-

da al señor subsecretario y le deseamos una vez más que su estancia sea lo más grata posible en esta comparecencia que ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. Previamente, como conocen, sus señorías, ha entrado en ha entrado en la Cámara el proyecto de ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Agradecería a los portavoces que facilitasen los nombres de los distintos ponentes que van a llevar el proyecto de ley, para someterlo, si es posible, a aprobación de la Comisión en el día de hoy, que es el último de este período.

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): Buenos días a todos. Comparezco, como ha dicho el presidente, a petición del Grupo de Coalición Canaria, para abordar una de las líneas de actuación más significativas del Ministerio de Sanidad y Consumo, que es, como no puede ser

de otra manera, la política farmacéutica. En esta misma Comisión, hace hoy exactamente tres meses, nuestra ministra definió las trece líneas de actuación del departamento, diseñadas para —se decía entonces— conseguir que nuestros ciudadanos alcancen plenamente su potencial de salud. Teniendo en cuenta las variables generales que inciden en los sistemas sanitarios en general y las particularidades propias del nuestro, consideramos que una de esas grandes líneas de actuación es la política farmacéutica, que hoy vamos a analizar.

La incidencia de los medicamentos en la salud, el lugar esencial que ocupan en el proceso asistencial y el peso económico que esta prestación supone en el conjunto de los presupuestos sanitarios de cualquier Estado, la convierte en una prestación de enorme importancia. La ley del Medicamento nos marca los objetivos generales que debe cumplir toda política farmacéutica. Como allí se recoge, es necesario en primer lugar garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia, tanto de los medicamentos como de los productos sanitarios, perfeccionando el sistema de farmacovigilancia; en segundo lugar, promover el uso racional de los medicamentos, estableciendo medidas orientadas a ajustar el consumo en función de la eficacia; y en tercer lugar, contener el gasto farmacéutico público, a efectos de asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en un horizonte de crecimiento del gasto similar al resto del gasto sanitario. Tomando como base estos objetivos generales, detallaré a continuación las actuaciones que está realizando y va a realizar el Ministerio a lo largo de los próximos meses.

Señorías, para garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos, se viene actuando en una triple dirección. En primer lugar, en la autorización: durante el año 2002 la Agencia Española de Medicamentos, a través de su Comité de Evaluación de Medicamentos, de la CODEM, ha evaluado y autorizado, a fecha de hoy, un total de 749 especialidades farmacéuticas, de las cuales, 290 son especialidades farmacéuticas genéricas; además, ha participado como ponente en la Agencia Europea del Medicamento en 9 procedimientos, lo que significa situarse entre las cinco primeras agencias de la Unión Europea. Además, durante el año 2002, la Agencia Española del Medicamento, a través de su Comité de Seguridad del Medicamento, ha revisado la relación beneficio-riesgo de 25 medicamentos y de 4 grupos terapéuticos. Como consecuencia de ello, se ha producido la retirada del mercado del tetrabato, la cisaprida, la nimesulida, el kaba-kaba y la Nefazadona. Asimismo, se han modificado las condiciones de utilización de los restantes medicamentos evaluados. Se ha sometido a una revisión exhaustiva del grupo de medicamentos flebotónicos y se ha procedido a la retirada de una docena de ellos. Por otro lado, la Agencia Española del Medicamento tiene establecidos unos procedimientos normalizados de trabajo para proceder al estudio de todas aquellas denuncias y aler-

tas que se produzcan relacionadas con la calidad de un medicamento o con su situación legal, procediendo a informar de los resultados obtenidos a los profesionales sanitarios, a los pacientes y, en su caso, a la incautación de esos medicamentos. Durante el año 2002 se han atendido 171 denuncias y 141 alertas, lo que ha conllevado la retirada del mercado durante este período de más de 200 medicamentos.

En lo que a farmacovigilancia se refiere, y a pesar de que pueda resultar reiterativo, pues en mi anterior comparecencia también hice referencia a ello, debo de hacer mención a la ley 66/1997, de 30 de diciembre, De medidas fiscales, administrativas y de orden social, que creó el organismo autónomo Agencia Española del Medicamento para velar por la seguridad de los medicamentos de uso humano y de uso veterinario. La entrada en vigor del Real Decreto 711/2002 el pasado 21 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, supuso en primer lugar trasponer la directiva 2.038 de la Comisión, de 5 de junio, y desarrollar el capítulo 6 de la ley 25/1990, Del medicamento, dedicada a farmacovigilancia. Este texto tiene una trascendencia fundamental, ya que supone en primer lugar que se reúna toda la normativa existente sobre farmacovigilancia, que hasta ahora resultaba muy dispersa; en segundo lugar, que se definan los agentes del sistema español de farmacovigilancia y sus funciones. En tercer lugar, que se establezcan las obligaciones de los titulares de autorizaciones de comercialización respecto a la farmacovigilancia, que se clarifiquen por otro lado los procedimientos de la intervención administrativa en relación con la evaluación y gestión de los riesgos de los medicamentos; y que se incorpore un capítulo dedicado a ofrecer un marco legal para el posterior desarrollo normativo en las diferentes comunidades autónomas sobre los estudios postautorización. Como saben SS.SS., los estudios postautorización son todos aquellos estudios realizados en seres humanos o medicamentos comercializados que no son ensayos clínicos. Este tipo de estudios se considera necesario para la obtención de un conocimiento que los ensayos clínicos controlados realizados durante el desarrollo clínico de los medicamentos no aportan. Con frecuencia, sin embargo, esos estudios postautorización han servido también de instrumento para la promoción del uso de medicamentos. Con el fin de estimular la genuina investigación científica en la fase posterior a la autorización de los medicamentos, el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano ha elaborado unas directrices que servirán de referencia para que las diferentes comunidades autónomas realicen un desarrollo normativo homogéneo a partir del real decreto de farmacovigilancia. Dichas directrices incluyen un procedimiento o autorización previa por parte de las comunidades autónomas concernidas y un registro único para los mismos, que llevará a cabo la Agencia Española del

Medicamento, con el fin de coordinar la evaluación y la toma de decisiones en las diferentes comunidades.

La farmacovigilancia es, por otro lado, una responsabilidad compartida entre la Administración central del Estado y las comunidades autónomas. Por este motivo, la Agencia Española del Medicamento y las consejerías de Salud de las comunidades autónomas están trabajando intensamente para dar cumplimiento al real decreto de farmacovigilancia a través de nueve medidas concretas. En primer lugar, dotar de rango normativo la existencia, ubicación y funcionamiento del Centro de Farmacovigilancia en aquellas comunidades autónomas en donde no se hubiera dispuesto así. En segundo lugar, establecer los mecanismos necesarios para desarrollar en el ámbito de sus competencias las actividades propias, observando el cumplimiento de las buenas prácticas de farmacovigilancia. En tercer lugar, incrementar los esfuerzos para difundir el programa de tarjeta amarilla, que, como saben, implica la notificación espontánea de reacciones adversas a medicamentos entre todos los profesionales sanitarios. En cuarto lugar, poner en marcha sistemas complementarios a la tarjeta amarilla, para identificar nuevos riesgos. En quinto lugar, impulsar y apoyar el desarrollo de bases de datos automatizadas, que contengan información sanitaria anónima y que permitan la realización de estudios epidemiológicos destinados a cuantificar los riesgos de los medicamentos. Como sexta medida se propone validar por cada una de las comunidades autónomas el procedimiento de comunicación de riesgos a los profesionales sanitarios, para asegurar que todos los profesionales sanitarios reciben personalmente la información urgente sobre la seguridad de los medicamentos en un plazo razonable de tiempo. En este sentido, la creación por parte de la Agencia Española del Medicamento de una Intranet para comunicación entre administraciones sanitarias, simplificará notablemente los procedimientos de comunicación. Señorías, el establecimiento de criterios que deben gobernar la comunicación de los problemas de seguridad de medicamentos a los ciudadanos, es la séptima actuación necesaria para la farmacovigilancia, siendo la encargada de determinar esos criterios la Comisión Asesora de comunicación de riesgos a los ciudadanos. Como octava medida, la Agencia Española del Medicamento realizará una campaña sobre la ficha técnica, dirigida a los profesionales sanitarios, a la vez que el procedimiento para hacerla accesible. Es voluntad del Ministerio que hoy puedo concretar que a lo largo de los próximos meses se articule el procedimiento para que los profesionales, muy especialmente los médicos, puedan tener acceso inmediato a las fichas técnicas de nuevos medicamentos que pasen a ser financiados por el Sistema Nacional de Salud. Nuestro objetivo es que los médicos tengan información inmediata de las indicaciones que han sido aprobadas, a fin de facilitarles la adecuada prescripción. En noveno lugar, las administraciones sanitarias

van a promover programas piloto de prevención de riesgos, a realizar en las consultas médicas de enfermería y en las oficinas de farmacia.

Señor presidente, señorías, a continuación me voy a referir al segundo de los objetivos planteados, que no es otro que promover el uso racional de los medicamentos. El cumplimiento del mismo obliga a establecer como prioridad el diseño y desarrollo de estrategias de impulso de medicamentos genéricos. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido adoptando desde 1997 diferentes medidas, que han permitido introducir los medicamentos genéricos. Se han establecido, en primer lugar, requisitos técnicos para la comercialización de genéricos y procedimientos acelerados de registro. Se han fijado, además, precios máximos para su reembolso. Se ha regulado la posibilidad de que sustituyan, bajo determinadas condiciones, a los medicamentos de marca. Se ha creado y desarrollado un sistema de precios de referencia. Y por último, se han establecido para ellos márgenes específicos superiores a los que rigen para la distribución y dispensación del resto de especialidades farmacéuticas. El resultado de estas medidas es claro. A comienzos del año 2000 las especialidades farmacéuticas genéricas eran 344; a fecha de hoy, el número de especialidades farmacéuticas genéricas aprobadas por la Agencia Española del Medicamento son 1.367. A su vez, las comunidades autónomas han aplicado medidas tendentes a incrementar los porcentajes de prescripción de estos medicamentos sobre la base de otorgamiento de incentivos a su prescripción. La penetración de los genéricos depende también, y de forma muy importante, de los factores que afectan a la oferta, la disponibilidad de suficientes productos en el mercado y de la imagen de calidad que ofrecen a prescriptores, dispensadores y consumidores. En relación con esta imagen de calidad, hay que destacar que el pasado 12 de noviembre la titular del departamento, la ministra, presentó una campaña publicitaria para promover el consumo de genéricos entre la población en general, y especialmente entre la población adulta. Bajo el lema *Lo importante es lo de dentro*, la campaña, con un presupuesto de 450.000 euros, pretende informar a los ciudadanos de que los medicamentos genéricos son iguales en calidad, eficacia y seguridad a los demás, y de que su consumo nos beneficia a todos. Esta campaña ha merecido importantes reconocimientos. A lo largo de los próximos meses el Ministerio quiere profundizar en esta línea de actuación, poniendo en marcha una serie de medidas que potencien de manera significativa el mercado de genéricos. Así, una vez aprobada la nueva orden de precios de referencia hace pocas semanas, se trabaja ya en una nueva lista de grupos homogéneos, donde puedan desarrollarse nuevos genéricos. La experiencia de estos dos años nos enseña que una vez que en un grupo homogéneo comienza a haber genéricos, su dispensación supone en poco tiempo una parte muy importante de los

medicamentos que se consumen. En segundo lugar, se modificará en breve plazo el modo de fijación de los precios de referencia, a fin de ampliar los grupos homogéneos, de modo que más presentaciones queden englobadas en esos grupos. En tercer lugar, se reducirá de modo significativo el precio de los medicamentos genéricos. La aplicación del sistema actual manifiesta con claridad que es posible una reducción de precios y una mayor homogeneidad entre los precios que se presentan. En cuarto lugar, se promoverá la prescripción de genéricos en colaboración con las comunidades autónomas, que ostentan la capacidad de gestión imprescindible para incentivarla. Además, se desarrollarán, también en colaboración con las comunidades autónomas, actividades informativas y formativas orientadas tanto a profesionales sanitarios como a población en general. Por otro lado, las comunidades autónomas han manifestado en numerosas ocasiones su interés en que se regule la visita médica y la promoción de medicamentos como parte de una política adecuada de uso racional del medicamento.

Hay que manifestar en primer lugar que el control de la promoción de medicamentos viene regulado por disposiciones europeas. La directiva 92/28 y el código comunitario aprobado por la directiva 2001/83 establecen unos claros límites a nuestra capacidad de legislar. La finalidad de todas estas disposiciones es asegurar que los profesionales sanitarios reciben una correcta información sobre medicamentos. El mismo alcance y contenido tiene el Real Decreto 1416/1994 que traspone al ordenamiento jurídico español la citada directiva 92/28. Acogiendo esa petición de las comunidades autónomas, y dentro de lo permitido por la directiva mencionada, nos proponemos perfilar dicha norma reglamentaria en la regulación de los supuestos de hospitalidad ofrecida en el marco de manifestaciones de carácter exclusivamente profesional y científico, así como la visita médica. Quiero anunciarles que el pasado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que tuvo lugar el 18 de noviembre, aprobó las líneas fundamentales para regular la promoción de medicamentos. También se aprobaron de forma unánime por todas las comunidades autónomas los principios básicos de regulación de la visita médica, que permitirán avanzar hacia una información más científica y adecuada de los medicamentos. Se trata, o así lo entendemos nosotros, de dos hitos importantes, ya que por primera vez la Administración central y las comunidades autónomas acuerdan en el seno del Consejo Interterritorial medidas de alcance en política farmacéutica, que permitirán, por ejemplo, delimitar el concepto de estudios postcomercialización, exigiendo una valoración de su necesidad, así como su comunicación a la administración sanitaria y a los responsables de los centros en los que dichos estudios se llevan a cabo. Serán ahora las comunidades autónomas y la Administración central, cada uno dentro de sus competencias y

en un clima de colaboración con la industria farmacéutica, los que desarrollarán los principios acordados, con el único objeto de beneficiar al Sistema Nacional de Salud. Además de actuar en la promoción de medicamentos genéricos y en la regulación de la promoción, el Ministerio ha comenzado una estrategia orientada a identificar y desarrollar, en colaboración con las comunidades autónomas, medidas adicionales destinadas a promover el uso racional del medicamento. En concreto, se potenciará la información y formación en el uso racional del medicamento, destinada a profesionales sanitarios, así como a ciudadanos en particular. El Ministerio de Sanidad y Consumo destinará en el año 2003 a programas de uso racional del medicamento la cantidad de 26.974 miles de euros. Entendemos que este es un claro compromiso del departamento con el impulso a estos programas de uso racional, un compromiso que realizaremos —me gustaría subrayarlo— en colaboración con las comunidades autónomas, ya que serán ellas las que determinen los programas a los que finalmente se destinen esas cuantías. Además, se definirán y desarrollarán ficheros que contengan información sobre especialidades farmacéuticas, al objeto de que sirvan de base al desarrollo de sistemas de prescripción asistida y receta electrónica. Se desarrollarán además y pondrán en marcha sistemas de receta electrónica que permitan la validación interna de las prescripciones, de modo que no se generen trámites adicionales que dificulten a los usuarios el acceso a los medicamentos, especialmente a los crónicos. Se promoverá la incorporación de programas de gestión de calidad en la prescripción de medicamentos mediante el diseño de protocolos farmacoterapéuticos. Se incrementará la transmisión de información sobre consumo de medicamentos y diseño de indicadores comunes referidos a la población protegida, de modo que la información sobre consumo de medicamentos en los diferentes servicios de salud pueda servir de base para la comparación de costes entre los mismos. Se colaborará en la elaboración de una nueva norma reguladora de la receta médica, que contemple las versiones electrónicas de este documento.

En fin, señoras y señores diputados, entendemos que es una amplia batería de medidas, en colaboración con las comunidades autónomas, que nos va a permitir obtener unos resultados satisfactorios en lo que a uso racional del medicamento se refiere. Quiero anunciarles también que el Ministerio de Sanidad y Consumo va a poner en marcha de forma inmediata un programa piloto de dispensación personalizada de antibióticos con aquellas comunidades autónomas que se sumen a esta iniciativa. Se trata de hacer realidad por primera vez la unidosis en nuestras farmacias, para que los ciudadanos adquieran el número de dosis necesarias de antibióticos para el tratamiento de patologías tan frecuentes en esta época del año como las bronquitis o la neumonía. Esta es, entendemos, una iniciativa larga-

mente demandada por toda la sociedad, con dificultades técnicas, pero que consideramos un hito relevante en el uso racional del medicamento.

El tercer objetivo de la política farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo es la contención del gasto farmacéutico, con el único interés de asegurar la viabilidad del sistema. Nuestro objetivo, como comenté al principio de mi intervención, es asegurar unos crecimientos del gasto farmacéutico acordes con el resto del gasto sanitario, sin perder de vista la innovación y, por tanto, la aportación al sistema que suponen los medicamentos más innovadores. Como es lógico en este proceso, los objetivos anteriores afectarán también de forma directa a la contención del gasto, pero de forma específica se está trabajando para introducir en las normas reguladoras del sistema de precios de referencia los ajustes necesarios, con el fin de contribuir a asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. El 1 de diciembre de 2000 se inició la aplicación efectiva del sistema de precios de referencia, que pretende moderar el gasto farmacéutico público mediante una política activa de utilización de medicamentos genéricos. La experiencia acumulada tras entrar en vigor las órdenes del 13 de julio y del 27 diciembre de 2000 y 2001, respectivamente, ponen de manifiesto, como he manifestado anteriormente, que resulta conveniente establecer medidas que refuercen e intensifiquen la actividad de las mencionadas normas, permitiendo estrechar la banda actual de precios en cada conjunto homogéneo e incluyendo la exigencia de que en ningún caso el precio de los genéricos sea superior al de referencia.

Señorías, hasta aquí he descrito tanto los objetivos como las actuaciones en lo que a política farmacéutica se refiere, unos objetivos que nos van a permitir tener lo que en esta misma Comisión la titular del departamento definió como política farmacéutica sólida, que responda a los retos sanitarios y económicos que se plantean a la sanidad pública. Al inicio de esta comparecencia hacía referencia al acuerdo parlamentario por el que se encomendó al Gobierno el diseño de un plan integral de medidas de control de gasto farmacéutico, un acuerdo tomado el 19 de diciembre de 2000 por esta Comisión. Tomando como base ese acuerdo, el Ministerio entendió que era necesario, si queríamos que las medidas fueran eficaces, llegar a acuerdos con todos los agentes de la cadena del medicamento. Es voluntad de este Ministerio que esos acuerdos sigan plenamente vigentes. Nuestro objetivo es profundizar en los acuerdos alcanzados, tratando de obtener de ellos su máxima potencialidad. Entendemos que los acuerdos no son un punto de llegada, sino un punto de partida para avanzar de manera consensuada en una política farmacéutica de largo alcance. Estos acuerdos, o estos pactos, recogen, como bien conocen ustedes, propuestas realizadas por las administraciones sanitarias representadas en la Comisión de Gestión de Farmacia del Consejo Interte-

ritorial del Sistema Nacional de Salud. Entendemos que desde un escenario plural, en el que se fijen las actuaciones y compromisos de todos los implicados, debemos intentar asumir un horizonte de estabilidad y poner en marcha medidas de largo alcance. Se decidió también en estos acuerdos que las aportaciones económicas derivadas de los mismos se destinaran a investigación biomédica, que permitieran revertir en un futuro en salud de los ciudadanos y que su gestión y seguimiento se llevara a cabo a través del Instituto de Salud Carlos III, órgano de apoyo técnico-científico, tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, y que fueran estas —y quiero subrayarlo ahora— las que a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud decidieran el destino último de estos recursos. Entendemos que la capacidad de decisión última de las comunidades autónomas sobre el destino de los fondos y su carácter finalista son dos elementos fundamentales que definen estos retornos. Por primera vez la industria aporta a nuestro Sistema Nacional de Salud unas cantidades significativas para desarrollar la investigación biomédica, elemento esencial de una política sanitaria de futuro. Todo el exceso de gasto, todo el margen de la industria farmacéutica se convierte en inversión en investigación biomédica. Además, y así lo entendemos nosotros, el sistema diseñado posibilita una mayor cohesión en la gestión del Sistema Nacional de Salud al poner en marcha las redes de investigación, lo que redundará al final en beneficio de la salud de los ciudadanos españoles, con independencia de cuál sea la comunidad autónoma en las que se les preste la asistencia sanitaria. Tal es el perfil de los instrumentos al que responden, que suscribieron en su momento y que a lo largo del presente año de ejecución han manifestado su beneficiosa influencia y sus aspectos positivos en el desarrollo de la política farmacéutica.

Quiero finalizar, señorías, ofreciéndoles un breve resumen del trabajo desarrollado por las comisiones de seguimiento de todos estos acuerdos, en los que posteriormente incidiré al contestar las preguntas incluidas en el orden del día de esta Comisión en torno a las prioridades siguientes. En primer lugar las inversiones en I+D+I. Se ha efectuado a través de las comisiones de seguimiento un seguimiento puntual del compromiso de los sectores de producción y distribución de hacer efectivas las aportaciones económicas comprometidas, con especial atención a las afectadas a proyectos de investigación realizadas en instalaciones externas del sector público. En segundo lugar, se han adoptado medidas de mejora y coordinación de la comunicación al Sistema Español de Farmacovigilancia de notificaciones espontáneas relativas a sospechas de reacciones adversas, un punto también incorporado en el primero de estos acuerdos, así como la difusión a los facultativos de las notas informativas emitidas a este respecto por la Agencia Española del Medicamento. Se ha ela-

borado un documento básico que recoge criterios relativos a la atención farmacéutica clínica, a la correcta utilización de medicamentos y al seguimiento farmacoterapéutico personalizado. Se han elaborado los primeros protocolos para el diseño de un modelo de receta electrónica que optimice el control de la prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios, también para la mejora del sistema de codificación de medicamentos y productos sanitarios. El próximo año 2003 se llevarán a cabo las primeras experiencias en este campo de la receta electrónica, que se extenderán paulatinamente a lo largo del mismo año a las distintas comunidades autónomas que todavía no cuentan con este programa. Además, y dentro de estos acuerdos, se ha llevado a cabo el Plan de Formación de Formadores, diseñando las campañas de educación para la salud, orientadas a la formación de expertos de las organizaciones de consumidores y usuarios, expertos que a su vez se constituyen en formadores en estas materias. Se han diseñado también, y desarrollado, campañas informativas orientadas a la educación sanitaria de la población, promoción de la salud, uso racional de los medicamentos y riesgos de la automedicación. Se han analizado los mecanismos de acceso a una información terapéutica independiente de carácter institucional, y diseñado medidas de estímulo de la formación continuada en áreas de interés profesional, principalmente en lo relativo al uso racional del medicamento y al impulso de la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas.

Señorías, uno de los pilares básicos de la política farmacéutica, tal y como nosotros la entendemos, es colaborar de manera permanente con las comunidades autónomas, ya que somos todas las administraciones las que tenemos responsabilidades en esta materia. De manera formal e informal mantenemos desde el primer día un estrecho contacto con las comunidades autónomas para hacer realidad esta política farmacéutica y pretendemos seguir haciéndolo. Pretendemos seguir haciéndolo mediante la incorporación de las comunidades autónomas en el Consejo Rector, el órgano de gobierno de la Agencia Española del Medicamento, tal y como se recoge en el proyecto de ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que ha sido remitido a esta Cámara para su debate parlamentario. Queremos seguir haciéndolo mediante las comisiones específicas que existen en el citado Consejo y que, conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo, pretendemos que lleven a cabo el seguimiento mensual del gasto farmacéutico. Pretendemos hacerlo llevando al Consejo Interterritorial las iniciativas y planes que todas las administraciones desarrollemos en esta materia. Y lo pretendemos hacer también invitando a participar en los órganos de seguimiento de los acuerdos alcanzados a todas aquellas administraciones que quieran estar presentes. Las líneas de actuación previstas para los próximos meses, a la vista de los resultados

obtenidos en la dinámica de colaboración conjunta entre las administraciones sanitarias y los diversos sectores implicados, tienden a afianzar y consolidar, entendemos, lo ya iniciado.

Acabo ya, señor presidente, señorías. Creo que en esta exposición he detallado el contenido de nuestra política farmacéutica, en la que se recogen medidas estructurales de calado, que van a dar estabilidad en este campo, destacando principalmente el carácter plural que prima en todas y cada una de sus actuaciones. Creo poder afirmar que hemos logrado encontrar un escenario común, donde la participación y corresponsabilidad de todas las partes nos permitirán alcanzar ese horizonte, que también es común para todos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES:** Muchas gracias, señor subsecretario, por su presencia y por la exposición que nos acaba de hacer. En primer lugar, comentar que precisamente al inicio del nuevo gabinete dentro del Ministerio habíamos pedido esta, junto con otras comparencias, porque, a nuestro modo de ver, entendemos que la influencia del medicamento en el sistema sanitario es cada vez mayor y por entender que es estratégico para el sistema que el Ministerio de Sanidad reaccione de una vez por todas dotando al sistema sanitario de una política decidida, con estrategias definidas con claridad y con continuidad y no sujetas a decisiones coyunturales y dotadas, cómo no, la necesidad de que se dote de una concepción integral que abarque a toda la cadena del medicamento y no sólo a aspectos parciales. Lamento no compartir el optimismo en cuanto a que desde nuestro punto de vista esta situación no se ha logrado, y no lo estoy reclamando de una forma específica ni a su persona, ni a su gestión, ni a la que ha realizado en este corto espacio de tiempo el gabinete y la ministra doña Ana Pastor, pues no es esta una carencia que sea nueva, y, a nuestro entender, esta es una carencia que ha venido acompañando al Sistema Nacional de Salud prácticamente desde el nacimiento de este hasta nuestros días, sin con esto querer desvalorizar de forma arrogante o con desdén los aciertos puntuales que en algunas de las decisiones se han ido tomando en las distintas legislaturas desde que comenzó dicho sistema.

Voy a intentar exponer ante la ausencia de una política del medicamento cohesionada y con continuidad, lo que nos parece que es prioritario y urgente en el diseño de la misma, porque seguimos pensando que no es sólo necesario, sino posible un pacto, retomando el espíritu y la palabra escrita en el pacto que se proponía en el espíritu de la moción aprobada por unanimidad y a propuesta de Coalición Canaria pero con las aportaciones

de todos los grupos de esta Cámara. Es obvio que hoy por hoy esa situación se agrava, porque se ha culminado el proceso de transferencias, y que persisten competencias por parte de la Administración central del Estado en aspectos importantes que tienen que ver con la legislación base y que son decisivos para poder realizar medidas estructurales, para poderlas realizar las comunidades autónomas, que son las que gestionan en última instancia, puedan tomar medidas estructurales, para lo cual hace falta la decisión por parte de la Administración central, y —permítanme decirlo— complicidad y corresponsabilidad entre ambas administraciones.

Es obvio que la prestación del medicamento, —lo he dicho en muchas ocasiones— es un pilar fundamental de la prestación asistencial. El medicamento es un producto sanitario y, repito, un pilar fundamental de todo el proceso asistencial. Es cierto que los grandes avances, incluso en la disminución de la mortalidad en los países desarrollados, son precisamente gracias a la investigación y al desarrollo de productos farmacéuticos. La innovación científica y tecnológica pone en escena cada vez nuevas moléculas que son más costosas y también es cierto que en algunos casos, no en todos, en importantes casos, son más eficaces, porque aumentan la esperanza de vida, y ello, ligado a una mayor información, a una mayor educación sanitaria, hacen que aumente la demanda de la prestación sanitaria y también del medicamento como elemento de mejora de la calidad de vida. En algunas ocasiones he comentado que cuando se sabe y se puede, se quiere vivir más y mejor, cosa que entendemos que es una legítima aspiración. Concebimos la prestación desde la perspectiva de que cualquier tipo de medicamento, sea financiado o no por el sistema público, debe de entenderse dentro del ámbito de que es una prestación sanitaria del sistema, dentro del ámbito de que las políticas del medicamento deben ir encauzadas a mejorar la calidad de dicha prestación y también a poder poner al sistema en condiciones de poder afrontar los nuevos retos del desarrollo de nuevos medicamentos. Y en ese sentido también debe ser el marco de reflexión para las políticas del uso racional del medicamento, debiendo estas ir dirigidas a todo tipo de medicamentos, financiados o no, pero cuanto más cuanto son financiados por el sistema. Bajo estas premisas, a nuestro entender, es como debe valorarse todo el ciclo o la cadena del medicamento, desde su producción, distribución, prescripción, dispensación y definitivamente su consumo, y desde estas premisas deben también desarrollarse las políticas de contención del gasto en medicamento. Es obvio que hoy por hoy nadie concibe una política del medicamento que no tenga como pilar y estrategia fundamental la sostenibilidad del sistema, precisamente para poder seguir incidiendo en una prestación de calidad de acceso universal y que sea capaz de dar respuesta a nuevos retos. Este es el otro elemento que quiero resaltar en mi intervención, el de la sostenibilidad financiera

del sistema. Si el crecimiento del gasto en medicamentos sigue superando con creces los pequeños incrementos en la financiación del Sistema Nacional de Salud, esta, en su globalidad, será cada vez más deficiente, la financiación, e introducirá al sistema en una constante encrucijada, en una constante esquizofrenia y crispación, impidiéndonos dar respuestas a nuevos retos que también nos demanda la población: nuevas prestaciones, mejoras de infraestructuras, hospitales con habitaciones individuales, como se propone en la ley de Cohesión, por ejemplo, o dotar a los centros de tecnología puntera o de una moderna política de recursos humanos, una carrera profesional, etc., etc.; o, como se propone en el proyecto de ley de Cohesión del Sistema, dar respuestas al ámbito sociosanitario, lo cual obviamente, esto requiere para su implementación un aporte financiero y de lo contrario, si no somos conscientes de esto, de lo contrario, no va a haber ley de Cohesión que sea capaz en la práctica, en la realidad, de no convertirse en un papel mojado que cubra un trámite, pero nada más. Es una falacia pensar, y desde nuestro punto de vista es un grave error transmitir al ciudadano que la cohesión del sistema va a quedar garantizada por un desarrollo programático a nivel legislativo. Más aún, podemos con ello estar potenciando la descohesión y un mayor desequilibrio territorial y, en última instancia, la quiebra del sistema público, si no se actúa desde la corresponsabilidad de garantizar la correcta financiación de las nuevas prestaciones, que ofrecemos a los ciudadanos en las leyes y que luego deben de aplicarse y gestionarse por las comunidades autónomas. Una política del medicamento debe estar dotada de una política de contención del gasto y ambas dos necesitan de una estrategia a seguir con todos los sectores que intervienen en la cadena del medicamento. Quiero recordar nuevamente la moción presentada y aprobada por unanimidad el 19 de diciembre del 2000, en donde se instaba al Gobierno a que a través del Consejo Interterritorial se elaborara un plan integral de medidas de control del gasto y uso racional del medicamento, y a través de abrir también los cauces con los diferentes sectores implicados.

Hablar de la industria es hablar de la producción, obviamente, y hablar de la investigación. Nuestra posición ya la hemos comentado en diversos debates: el Sistema Nacional de Salud debe de tener otro tipo de relación con la industria y cambiar, esto es necesario para la realización del resto de los elementos que se esperaba, producto del pacto mencionado. También esto es necesario para la relación con el resto de los agentes que intervienen en la cadena del medicamento y cambiar esto es necesario para la relación con las comunidades autónomas y para que en última instancia tengamos una política del medicamento y de contención del gasto coherente, eficaz y, en última instancia, sostenible para el propio sistema. Y decimos esto porque entendemos que también la industria debe de con-

tribuir en mayor medida que la actual a la sostenibilidad del sistema. Debe de haber un reparto más equitativo entre los agentes económicos de la cadena del medicamento. Hasta ahora son las oficinas de farmacia las que hacen una contribución directa y transparente a las comunidades autónomas, que son las que gestionan y las que sufren las dificultades financieras y presupuestarias ante el incremento del gasto en medicamentos. El acuerdo firmado con Farmaindustria es la crónica de un fracaso anunciado, desde el punto de vista del interés general, que era el de la contención del gasto a través de la corresponsabilidad en la puesta en marcha de medidas estructurales, pues obviamente no desde el punto de vista del interés de Farmaindustria, sino del interés general. Y digo esto, pues ya en su momento dijimos con claridad que con la firma de este acuerdo a modo de sentencia, el Ministerio de Sanidad estaba firmando la renuncia a contener el gasto hipotecando con ello también a las comunidades autónomas. Y para llegar a esta conclusión no hacía falta ni profundas reflexiones ni complejos estudios prospectivos, pues se firmó con la industria un crecimiento interanual en su facturación de hasta un 9,5 por ciento, y hablar de estas cifras, que no son asumibles por los Presupuestos, desde nuestro punto de vista no es hablar de contención. Sabemos, con los datos que tengo ahora mismo a mano, que es a fecha de octubre del 2002, que el crecimiento medio a nivel del Sistema Nacional de Salud con respecto al año pasado está próximo al 12 por ciento y, desde nuestro punto de vista, tampoco esto es hablar de sostenibilidad, pues las cifras de crecimiento del PIB nominal para el presente año 2002 están también por debajo de este crecimiento de la facturación de la industria. Y como ya suponíamos y como ya sabíamos, es un incremento que está por encima de los incrementos en la financiación del sistema. Además, señorías, hay que recordar que en dicho pacto también el Ministerio adquirió el compromiso de adoptar medidas estructurales de contención, siempre y cuando no superaran el límite de facturación, de amplio incremento en la facturación, acordado con Farmaindustria. Y además se le aseguró a la industria una información detallada sobre la venta de sus productos en todas las comunidades autónomas, y también se comprometió a impedir el desarrollo del comercio paralelo, en contra, a nuestro modo de ver, incluso de las propias sentencias de la Unión Europea a este respecto. Señorías, a nuestro entender, además de ser contraproducente este pacto firmado, se hizo a cambio de una modesta aportación al Instituto Carlos III en lo que se refiere al desarrollo de investigación. El objetivo de la moción —y así debiera haber sido también el del pacto— era contener el gasto y no recaudar algunos fondos para el Instituto Carlos III, por importante que esto sea, y lo decimos, es importante, pero no a costa de dejar crecer la facturación de la industria a niveles que son insostenibles para el sistema.

Quisiera también hacer algunas reflexiones en cuanto a los medicamentos genéricos y su nivel de implantación en España. Entendemos que no termina de despegar, no superan porcentajes del 5 por ciento en algunas ocasiones y, señorías, también la industria en este caso, sobre todo la que representa a los grandes laboratorios, ha ido imponiendo unas políticas de genéricos con marcas, que incluso en algunos casos ni siquiera son más baratos. Ante esto, las comunidades autónomas están empezando a desarrollar sus propias medidas estructurales como, por ejemplo, la prescripción de principios activos instaurada en Andalucía, creo que se está empezando ya también a trabajar en este sentido en la Comunidad Autónoma de Madrid, creo que en el País Vasco —y me corrigen si no los portavoces— y creo que se está avanzando en comunidades autónomas en relación con la visita médica o con el visado de nuevos medicamentos, etcétera. Pongo por ejemplo para que se reflexione si estamos en un contexto, —permítanme la expresión— de sálvese quien pueda, pues lógicamente es una situación que no consideramos sea la más positiva, puesto que evidentemente no favorece el avanzar de una forma cohesionada en el Sistema Nacional de Salud, pero lo cierto es que o el Ministerio asume decididamente y en colaboración con las comunidades autónomas el tomar medidas estructurales, por ejemplo, qué posición tiene ante la prescripción de principios activos, porque si sigue el Ministerio por detrás de los acontecimientos, cuando se desarrollen principios activos, visita médica o cualquier otro de los temas que he comentado, en el Consejo Interterritorial nos vamos a encontrar con un abanico de que las comunidades autónomas ya han ido tomando por necesidad sus propias decisiones y caminos en este sentido.

Voy acortando, señor presidente. Hay que hablar, por supuesto, en este sentido, también de la corresponsabilidad que tenemos todos, incluidas las administraciones autonómicas, en la contención del gasto, en las políticas de cara a los prescriptores, pero quisiéramos conocer qué pasa con la regulación de las prácticas de promoción, pendientes de un compromiso del Ministerio en el Real Decreto 5/2000, en donde se comprometió a actualizar, desde entonces y para antes del 31 de octubre de ese año, del 2000, la legislación, que todos consideramos que es obsoleta y que está vigente desde el año 1994. Quisiéramos saber las razones por las que se tarda en reformar esta legislación cuando es tan vital para el sistema. Quisiéramos también conocer las políticas en relación al registro de nuevos medicamentos y de sus costes, si se van a priorizar los criterios farmacoeconómicos, los estudios de coste-beneficio. Venimos diciendo en diferentes intervenciones que es importante que estas decisiones se tomen conjuntamente en el seno del Consejo Interterritorial, no en el plenario, pero sí en las comisiones correspondientes, y con la participación de las comunidades autónomas. En este sentido

quisiera, conocer —aunque forma parte de las preguntas que tenemos en el orden del día de hoy— cuál es la situación con respecto a los acuerdos que se adoptaron con todo el sector de oficinas farmacéuticas, colegios, federación empresarial, distribución, etcétera, en los aspectos que están contemplados en dichos pactos y que tienen mucho que ver con el uso racional del medicamento, con las prestaciones de la oficina de farmacia y que, hoy por hoy, también nos encontramos en un panorama en donde las comunidades autónomas están avanzando con las propias oficinas de farmacia a través de los conciertos que se producen en cada una de ellas.

Para concluir, señor presidente, creo que estas reflexiones que planteo desde nuestro punto de vista, son importantes, porque son tareas que siguen estando pendientes. La realidad es que el gasto en medicamentos no se está conteniendo, la realidad es que el incremento en el gasto en medicamentos es una pérdida de oportunidad para poder incrementar en mejoras de calidad en otros muchos abanicos de prestaciones y necesidades que tiene el sistema y creo que hay que profundizar en que los incrementos en el gasto de medicamentos sean equitativos para todos los sectores económicos que intervienen, garanticen que los incrementos siempre van ligados a un aumento en la calidad también de la prestación del medicamento y avalados en estudios de coste económico y de beneficios que nos aseguren que como todas las prestaciones nuevas que se introducen en el sistema, como todas, también la del medicamento tiene que ser una prestación que, para que crezca en condiciones de calidad, tiene que estar correctamente financiada por el sistema.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Parlamentario PNV, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias, señor subsecretario, por su comparecencia. Además de la simpatía que sabe que le profesó, es siempre un placer oír su solvente explicación en esta Cámara.

Yo hoy he venido en plan de queremos saber (**Suena el móvil de la señora Uría**). Perdón, perdón a todos, al compareciente, por supuesto, y a los miembros de la Comisión. Le decía que he venido en plan de queremos saber e iba a efectuarle algunas preguntas por las dudas que tengo sobre cuál ha sido el iter de la política del Gobierno en relación con la materia de la comparecencia de hoy, no ya referido al Gobierno actual o a la ministra actual, usted es lógico que se refiera o considere como momento inicial el momento en el que usted ha entrado a formar parte del equipo de Sanidad, pero como usted bien sabe los ministros, las ministras en este caso, se suceden, las administraciones y el Gobierno permanecen y deben responder de sus políticas.

En esta materia comenzó la legislatura con la típica exposición en esta Comisión de la señora ministra de

cuáles eran sus propósitos en esta materia, que no fue más allá de las típicas obviedades sobre la idea de control del gasto farmacéutico. Sin anuncio previo, y casi al empezar la legislatura, se produjo la llegada al Boletín Oficial del Estado y después a esta Cámara para su convalidación del Real Decreto Ley 5/2000, que siempre hemos sostenido no tenía alcance distinto del de la idea de contención del gasto, sin nada que ver, desde nuestra perspectiva, con la idea de uso racional del medicamento. Tras la aprobación de esta norma, lo siguiente que yo conozco es los trabajos que se efectuaron en el seno de la Comisión de Gestión del Servicio Nacional de Salud y Farmacia, con un documento que se elaboró entre octubre y diciembre del año 2000 en el que participaron, además de los representantes del Insalud, las comunidades de Navarra, Valencia, Canarias, Galicia, Cataluña, Andalucía y Euskadi, que eran las que tenían entonces competencias asumidas. Es un documento denso, con elementos muy interesantes desde nuestra perspectiva. Pero, sin haberse llegado a aprobar este documento, se produce y se intercala la interpelación, seguida de moción, presentada por el grupo canario, en relación con la contención del gasto farmacéutico, que dio lugar a una moción de 19 de diciembre del año 2000 y que parece, o por lo menos de hecho vino a sustituir, en cuanto a las políticas a seguir, a lo que era el contenido del documento, puesto que ya no se volvió a contar con la participación de las comunidades autónomas, en ese tramo por lo menos, para articular políticas a este respecto.

En la comparecencia siguiente de la señora ministra para hablar de esta materia, el 6 de diciembre del 2001, es decir, un año después de aprobada la moción a la que me he referido, el incumplimiento había sido flagrante. En su punto primero se hablaba de que se iban a diseñar conjuntamente con las comunidades autónomas y articular a través del Consejo interterritorial del Servicio Nacional de Salud las políticas a este respecto, nos encontramos con que en el mismo día de la comparecencia se había producido la firma de dos de los acuerdos, los dos anteriores el día previo, en relación con los llamados pactos con Farmaindustria y con los demás sectores implicados en la política farmacéutica. Tuve entonces ocasión de decir —no lo repetiré hoy pues consta en el «Diario de Sesiones» del 6 de noviembre del 2001— que este sistema obedece a un criterio antiguo y tradicional, una vieja trayectoria histórica de relaciones entre tres sectores que ya no tienen nada que ver con la realidad actual: la Administración sanitaria, la Administración corporativa profesional y la industria farmacéutica. La Administración sanitaria hoy en día está compartimentada y con competencias distribuidas entre comunidades autónomas. Lo mismo cabe decir respecto de la Administración corporativa profesional, mientras que la industria farmacéutica tiene el camino diverso de haberse internacionalizado cada vez más. Seguir con esta vieja ruta de esta relación histórica

entre los tres sectores, con las inercias de los tiempos pasados, no responde a la realidad actual. Una de las cuestiones que hoy le quería preguntar es si estos acuerdos, que nos parecen perjudiciales para las comunidades autónomas e incluso malos para el sistema, van a mantenerse o si existe en el ministerio alguna idea de denunciarlos o modificarlos en el tiempo venidero.

Indicaba además —y vuelvo a insistir hoy— que las comunidades que tenemos un régimen pactado en materia tributaria salimos claramente perjudicadas. Los tres territorios históricos vascos y la Comunidad Foral de Navarra en este sistema acaban no percibiendo absolutamente nada de lo que se ha dado en llamar el cheque farmacéutico que se revierte para investigación, teniendo que hacer la investigación después por nuestra cuenta. No insistiré en este aspecto, pero, en la actualidad, en lo que yo conozco, dentro también del seno de la comisión de farmacia en las relaciones con el Insalud y el Servicio Nacional de Salud, se estaba elaborando un documento que se entregó a cada una de las comunidades autónomas el 10 de diciembre de este mismo año, documento respecto del cual se habían solicitado las correspondientes observaciones por parte de las comunidades autónomas para una reunión que ya tiene fecha cierta. Tengo delante las observaciones que desde el ámbito vasco se le van a hacer, pero no cometeré yo la grosería de adelantárselas, puesto que son los representantes del Gobierno vasco quienes deberán trasladárselas a ustedes. En el ínterin entre que se produce la entrega del documento y la aportación de los datos, nuevamente una petición de Coalición Canaria nos sitúa en un escenario distinto, en el que ya no sabemos si lo que vale es lo que consta en el documento como ruta que va a ser seguida por el ministerio en su política o si habrá que prestar atención a lo que usted nos ha trasladado en la comparecencia. Este trenzado de actuaciones que se ha ido produciendo a lo largo de toda esta legislatura entre lo que articulan las administraciones competentes en materia de medicamento, las comunidades autónomas y la Administración del Estado y las comparecencias ante esta Cámara, no siempre coincidentes que en algunos casos, como en el de la interpelación y moción subsiguiente, abortó la posible aprobación del documento al que antes me he referido, es otra de las cuestiones respecto de las cuales me gustaría formularle una pregunta.

Quisiera hacerle también una pequeña referencia a una modificación que me ha parecido advertir en el proyecto de ley de calidad y de coordinación. Se ha presentado en los medios públicos la idea de que las comunidades autónomas van a tener ahora una mayor intervención en la Agencia Española del Medicamento y una mayor participación en la toma de decisiones. Si no he leído mal el texto del proyecto, los dos aspectos esenciales a la hora de fijar una política de medicamento y, sobre todo, de posible control del gasto (no me gusta hablar de contención, porque no creo que el gasto

farmacéutico se vaya a contener nunca, simplemente hay que racionalizarlo y evitar que suba de manera desproporcionada) que inciden en esta cuestión, que son qué medicamentos entran y cuánto se paga no se van a residenciar en la Agencia del Medicamento sino en la Dirección de Farmacia, es decir, va a ser el Gobierno quien va a decir qué es lo que entra y qué es lo que no entra. Los dos aspectos fundamentales a la hora de articular medidas en esta materia van a ser ajenos a la intervención de las comunidades autónomas. Me gustaría conocer si estoy en lo cierto en esta cuestión.

Me ha parecido interesante su información sobre la trascendencia que tiene la comparecencia que hoy celebramos y la incidencia posible en relación con la reunión sectorial, que es a la que correspondería, previo acuerdo, fijar las directrices de la política, tal y como se había establecido, y el trenzado entre las comparecencias y las actuaciones en el seno del Consejo interterritorial de las comisiones correspondientes. Efectivamente, hago esa lectura respecto a la intervención de las comunidades autónomas como ficticia y no como real o de posible intervención en cuanto a la política del medicamento y a la posible contención del gasto.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Buenos días, señorías.

Quiero darles las gracias, señor subsecretario, por su comparecencia en esta Comisión, en nombre del grupo parlamentario al que represento, Federal de Izquierda Unida, y también en el mío propio.

Uno de los objetivos que nos anima a todos a participar en la Comisión en esta comparecencia es optimizar los recursos y la gestión de los servicios sanitarios, entre los que está el gasto farmacéutico. Si los recursos económicos de los que dispone la sanidad son limitados, lo que se dedica en exceso a una prestación se produce en detrimento de otras. Este es el caso del gasto farmacéutico que en España, como usted bien sabe, es de los más altos de Europa. La falta de una política farmacéutica clara y acertada durante muchos años ha conducido a una situación en la que existe, en nuestra opinión, un raquítrico mercado de genéricos. Por eso no nos tranquiliza mucho el anuncio de la bajada de precios de genéricos, porque el mercado de genéricos sigue siendo un mercado raquítrico, un vademécum de los más amplios de Europa, copias farmacológicas de distintos precios e inexistencia de una clara economía sanitaria. Todo esto se ha traducido, desgraciadamente para el sistema público de salud, en un gasto farmacéutico superior al 25 por ciento del presupuesto sanitario público. Por otra parte, tampoco hay constancia de que el incremento del gasto farmacéutico se corresponda con el aumento equivalente de eficacia. Como datos significativos, queríamos seña-

larle, señor subsecretario, el aumento anual del 10 por ciento que se viene produciendo en el gasto farmacéutico, muy superior, por cierto, al aumento de otras partidas sanitarias, o el que en 1999 se estimaba cercano a 1,5 billones de pesetas, casi el 2 por ciento del producto interior bruto.

En esta Cámara hemos discutido y hemos aprobado en varias ocasiones planes integrales para el control del gasto farmacéutico, sin que hayan dado como consecuencia resultados eficaces. El último, como usted anunciaba en su comparecencia, en diciembre del 2000. La moción aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 19 de diciembre del 2000 instaba al Gobierno a diseñar conjuntamente con las comunidades autónomas un plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento, así como a encauzar conversaciones con los interlocutores de los servicios indicados. Pues bien, la realidad, por desgracia, es que el gasto farmacéutico no solamente no se ha contenido, sino que va a aumentar en el año 2002 muy por encima del incremento del IPC. El gasto farmacéutico de España mantiene un elevado nivel, tanto en proporción del gasto sanitario total como en relación con el producto interior bruto. La tendencia de ese gasto, que es público en su parte principal, como todos sabemos, tiende a crecer. Es, por tanto, una prioridad el control del ritmo del crecimiento de este gasto que, como decíamos con anterioridad, alcanza ya en la actualidad más del 25 por ciento del gasto sanitario total.

Las tendencias del sector farmacéutico son la concentración empresarial, con gran capacidad de presión, ya que actúan sobre los mismos gobiernos, las autoridades sanitarias para el establecimiento de precios de los medicamentos, que son, como ustedes saben muy bien, muy superiores a los costes de producción. Las características de los mercados farmacéuticos: demanda inducida de los usuarios, prescripción por los médicos mediatizados por la industria farmacéutica, a veces por la Administración sanitaria, la importancia del propio gasto farmacéutico público obligan a numerosas intervenciones de los poderes públicos en el sector. Nosotros queremos llamar la atención sobre esta cuestión que vamos dejando pasar por alto. Los poderes públicos no pueden mirar para otro lado cuando hay actuaciones que no son correctas o adecuadas y que rayan la ética. Además de garantizar la seguridad y la calidad de los medicamentos, hay intervenciones de la Administración sanitaria dirigidas específicamente al control del gasto farmacéutico, sobre la oferta y la demanda; el grupo parlamentario al que represento califica a algunas de coercitivas. La valoración de cualquier medida que se tome debe comprender no sólo el control del gasto farmacéutico, sino la equidad de la medida. El escaso resultado aparente de las medidas que se han adoptado hasta ahora, casi todas coercitivas, obliga a adoptar otras formas de control del gasto far-

macéutico, dado que estas políticas han fracasado estrepitosamente. El mantenimiento de la prestación farmacéutica como prestación universal propia del Estado de bienestar exige medidas dirigidas al establecimiento de un sistema uniforme de precios, con control público en su mantenimiento y con intervención en la regulación de los mismos.

Algunas de las actuaciones que deberían adoptarse para el control del gasto y del ritmo del crecimiento farmacéutico coinciden con las inquietudes que tiene el ministerio y con las que usted ha planteado aquí. No obstante, voy a permitirme, lo más rápidamente posible, decirles cuáles son, en nuestra opinión, esas medidas. Políticas de Gobierno, políticas de Estado, deben integrar intereses contradictorios, como usted muy bien sabe, sociales y empresariales, valoradas en su justa medida, pues las expectativas de reducción del gasto farmacéutico, como ya apuntaba otra ponente que me ha precedido en el uso de la palabra, la compañera señora Uría, son muy limitadas. Lo sabemos todos lo que nos sentamos en esta Comisión. Potenciar medidas que ya han sido adoptadas pero que no funcionan, tales como el desarrollo real de genéricos, establecimiento de precios de referencia, posibilidad de sustitución de la prescripción por los farmacéuticos —al menos estudiándolo ustedes—; adoptar nuevas medidas, como la modificación del ejercicio profesional farmacéutico; el cambio del sistema retributivo en las farmacias, así como constituir centrales de compra de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. Izquierda Unida lo viene diciendo históricamente, dentro de quince años, todo el mundo habrá llegado a la conclusión de que es la única forma de solucionarlo, pero se habrá olvidado de que Izquierda Unida fue pionera en estas propuestas. Desgraciadamente es poco gratificante, pero la historia demuestra que vamos muy por delante y deberían ustedes de constatarlo para hacernos más caso. Reivindicamos que se constituyan centrales de compra de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud; que se controlen las distintas formas de publicidad y de la inducción a la prescripción. El Ministerio de Sanidad y Consumo debería establecer unas directrices de actuación sobre los tres niveles principales que intervienen en materia de medicamentos: la industria farmacéutica, el facultativo y el o la usuaria.

Con relación a la industria farmacéutica, se deberían aplicar controles estrictos para registros de especialidades farmacéuticas y establecer esos precios de referencia, así como favorecer la política de fármacos genéricos. Si la Administración optara por esa cadena pública de distribución que propone Izquierda Unida, desde los propios centros sanitarios, los fármacos se suministrarían en las dosis prescritas con compras directas al laboratorio mediante concurso, logrando un ahorro de la factura pública farmacéutica notablemente considerable. Respecto a los facultativos, deberían crearse farmacólogos en atención primaria que trabajen conjunta-

mente con el médico para un uso más racional del medicamento. Y por lo que respecta al usuario, resulta primordial, señor subsecretario, la educación sanitaria no sólo para recibir información, no sólo informando sobre la utilidad de los fármacos, sino también creando conciencia en la ciudadanía sobre el gasto que origina en las arcas del Estado y que va a perjudicar sus intereses, porque va a ir en detrimento de otras prestaciones sanitarias.

Las medidas coercitivas, señorías, producen un incremento del gasto farmacéutico. Eso es lo que han venido demostrando los diversos decretos que se nos han planteado y que tienen que ver con la reducción del gasto. La exclusión de medicamentos perjudica a las capas sociales más desfavorecidas e Izquierda Unida se opone. La financiación mediante el recorte de las prestaciones sanitarias no sirve de mucho, sino que genera desigualdades sociales, más allá de que puede incluso aumentar el gasto. Es lamentable y vergonzoso pensar en gravar a los enfermos por el hecho de serlo. Es más, si se piensa en los pensionistas, francamente se nos cae el alma a los pies. Los jubilados y pensionistas han estado cotizando durante toda su vida laboral para adquirir un derecho histórico que se han ganado a pulso, conquistado por los trabajadores de este país, derecho que ningún Gobierno debe arrebatarnos. Si existe un agravio comparativo con los parados, la solución no sería perjudicar a los jubilados o pensionistas, sino ampliar las prestaciones a los parados no disminuyendo las prestaciones de los anteriores.

El elevado gasto farmacéutico no debe resolverse con el copago —el llamado medicamentazo, que ya hemos sufrido varios—, sino tomando medidas contra aquellos que suben los precios de los fármacos, los laboratorios; debe resolverse adoptando medidas que afecten a la distribución, facilitando las dosis que se vayan a consumir —como usted anunciaba con anterioridad—, limitando el gasto en publicidad, donde se va un dinero brutal. Izquierda Unida no entiende dónde está la pega para intervenir y adoptar medidas tendentes a la utilización de genéricos. La industria farmacéutica, a través de Farmaindustria, reconoce que la producción anual de medicamentos en España supera ampliamente el billón de pesetas y que los recursos que la industria farmacéutica destina a I+D rozan los 65.000 millones de pesetas. Sobran comentarios, señorías. El coste del medicamento se distribuye en un 60 por ciento, aproximado, para el laboratorio; un 30 por ciento, aproximado, para la oficina de farmacia y un 10 por ciento para las cadenas de distribución. Y del 60 por ciento del laboratorio una mínima parte es lo que supone el coste de producción.

El pacto de estabilidad —y con esto termino— del gasto farmacéutico, puesto en marcha por el ministerio, no va a suponer, desde el punto de vista de Izquierda Unida, una eficaz medida de control del gasto y de uso racional del medicamento. En nuestra opinión, va a

garantizar fundamentalmente la estabilidad de la industria farmacéutica, con una compensación que podríamos calificar de mendicante, basada en unas aportaciones para investigación, que van a condicionarla y no van a resolver ningún problema y que, sin género de dudas, nosotros cuestionamos, porque la investigación debe ser asumida en un Estado democrático, social y de derecho desde los presupuestos públicos, más allá de que haya otras aportaciones. Si se quiere una compensación verdadera por esta estabilidad en la industria farmacéutica, búsquense, señor subsecretario, fórmulas de abaratamiento de los productos farmacéuticos que redunden en beneficio de un sector de la ciudadanía que está enfermo y que, por ende, merece una atención especial.

Nada más, gracias por su comparecencia de nuevo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera. **(La señora vicepresidenta, Fernández-Capel Baños, ocupa la presidencia)**

La señora **RIERA I BEN**: Señor subsecretario, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), quiero darle la bienvenida y agradecer su comparecencia.

Cuando la señora ministra de Sanidad compareció en esta Comisión tras su nombramiento, el 18 de septiembre del presente año, quien le habla, la portavoz de sanidad del Grupo Catalán, le dijo con respeto pero también con una claridad meridiana que para todos los objetivos que se marcaba o sobraban objetivos o faltaba tiempo. Quiero recordar este comentario que dirigí a la ministra, porque en las observaciones que ahora le voy a hacer subyace la conciencia de que la señora ministra y su nuevo equipo llevan poco tiempo en esta responsabilidad; no sería justo atribuirles directamente como personas la responsabilidad en el ministerio. No obstante, ustedes forman parte de un Gobierno y hay una trayectoria de casi siete años, con asuntos que han solucionado y con otros que hay que arreglar, pero de los cuales deben responder y dar explicaciones.

De su comparecencia, señor subsecretario, me ha sorprendido que siendo usted una persona de ciencias —creo que es economista— haya hecho un buen discurso político, amplio, sereno, pausado, tranquilo, con argumentaciones de bastante sentido común, pero haya hecho muy poco análisis economicista, numérico, de por qué estamos donde estamos y qué piensan hacer para corregir las desviaciones. Me hubiera gustado que hubiese dado cifras. Yo sé que son aburridas y que es más atractivo en una Comisión hablar de ideas, de conceptos, de las medidas que el ministerio piensa adoptar, haciendo referencia al motivo de la comparecencia de hoy de contención del gasto. Pero como ha transcurrido muy poco tiempo entre la comparecencia de la ministra y el anuncio de las medidas que iba a adoptar y la de

hoy de S.S. para hablar de este tema, tampoco nos ha dicho cosas nuevas o distintas, aunque por otra parte es coherente. Sólo faltaría que la ministra dijese a y usted b; es decir, que esto no es una crítica. En cierta manera, señor subsecretario, nada de nuevo bajo el sol de lo que usted nos ha dicho hoy en su comparecencia que no pudiésemos leer en el «Diario de Sesiones» que recoge la comparecencia de la señora ministra el 18 de septiembre, quizá con la actualización de algún dato, en el sentido de cuántos son los medicamentos genéricos que ya están registrados o los que han retirado, por considerar que no se ajustaban a las políticas de efectividad y de contención, etcétera. No pongo en duda lo que usted ha dicho, no me parecería correcto ni legítimo por mi parte, pero pienso que es totalmente insuficiente. A mí me gustaría, señor subsecretario, dado que estamos finalizando el año 2002, que usted diese cifras muy concretas. ¿En cuánto nos hemos desviado este año de las previsiones que había hecho el ministerio? ¿En cuánto? ¿En qué porcentaje? Porque seguro que el ministerio tiene estos datos. ¿Por qué nos hemos desviado? Hay que dar la cifra y hay que buscar el porqué: análisis. Estas sí son las funciones que el Ministerio de Sanidad debe asignarse dentro de este nuevo contexto de la realidad del sistema después de haber transferido las competencias a todas las comunidades autónomas. Este es el papel del Ministerio de Sanidad: recabar datos de las comunidades, averiguar las causas y hacer un diagnóstico conjunto. Forma parte de las atribuciones que nosotros, muy gustosamente además, les reconocemos. ¿Por qué nos desviamos y en qué? Podría ser que el crecimiento del gasto farmacéutico fuese superior al esperado porque hemos puesto a disposición de los usuarios del sistema una serie de nuevos medicamentos muy importantes, pero que hubiesen representado un input equis muy significativo en el conjunto del conjunto del porcentaje. El subsecretario puede argumentar que están contentos de que estos medicamentos que estaban en fase de estudio se pueden implementar en este año y que como esto era un bien para el sistema, han decidido hacerlo. Podría ser una línea de argumentación. Si es así, debe explicarse y debe concretarse. Hay esta incidencia, en qué grupo de medicamentos y cómo ha incidido, y, por otra parte, cuantificar estas argumentaciones. Si no es así, si no podemos atribuir el crecimiento del gasto mayoritariamente a la implementación de nuevos medicamentos que tuviesen por sí solos una justificación, nos gustaría saber qué es lo que no funciona de los acuerdos del pacto de estabilidad. Mi grupo parlamentario, con la anterior ministra, defendió el acuerdo —consta también en el «Diario de Sesiones»— y, a pesar de que había algún fleco que no nos parecía satisfactorio (quiero recordar que reprimamos a la anterior ministra el que algunas comunidades autónomas hubiesen denunciado que no habían participado de manera lo suficientemente explícita en los acuerdos alcanzados), felicitó a la entonces minis-

tra Villalobos por el acuerdo conseguido y le dijo que sobre el papel era uno de los mejores acuerdos que hasta la fecha un Gobierno había presentado a la Cámara. Los acuerdos son buenos no por su letra ni por su contenido —esto puede ser el paso previo, la condición sine qua non—, lo que demuestra si son buenos o no es el día a día, el verificar si han servido para conseguir los objetivos que nos habíamos fijado. Si esto no es así, sólo puede haber dos lecturas lógicas. Primera, que el acuerdo no era bueno ya en su letra; segunda, que el acuerdo era bueno pero que no se cumple. Si no se cumple, hay que analizar también el porqué.

Señor subsecretario, me quedo con la sensación —ahora en el turno de réplica podrá aclarar muchas dudas de las que planteo— de que, más allá del discurso político, que en líneas generales me parece correcto y que forma parte de unos criterios o políticas, tenemos la obligación de entrar en las causas. Señor Vázquez, si usted ahora hiciese el ejercicio fácil —lo puede encarar para que se lo hagan— de recoger los Diarios de Sesiones de la Comisión de Sanidad desde que el Gobierno del Partido Popular tiene la responsabilidad de dirigir este país, y analizase las comparecencias que ha habido en Comisión sobre proposiciones no de ley para hablar del gasto farmacéutico, vería que hay temas que son recurrentes año tras año. Por ejemplo, el ajustar las dosis de los envases a la prescripción es como la canción del verano, siempre tiene el mismo ritmo pero de vez en cuando le cambian la letra. Este tema año tras año se ha discutido. Hablar de la necesidad de hacer políticas que incentiven la prescripción de genéricos, también es una constante. S.S. ha dado una cifra que me parece significativa y yo quiero reconocer el impulso que ha dado el ministerio para que sea factible. Usted ha dicho en el año 2000 teníamos 344 medicamentos genéricos y que en el 2002 tenemos 1.367. El dato en sí es positivo, yo lo celebro y quiero felicitarles en la parte que les corresponde de responsabilidad, pero más allá de que seamos capaces de dar una cifra bastante buena, de decir los medicamentos genéricos que tenemos a disposición, ¿qué ocurre, señor Vázquez? Usted ha hablado de que se está haciendo una campaña, la última que hemos visto en los medios de comunicación, en el sentido de que es lo mismo, que valen igual, que a mí me parece una buena campaña. Sin ánimo de criticar lo que están haciendo; si tenemos más medicamentos genéricos, que los tenemos; si se están haciendo campañas de mentalización de que es lo mismo, de que el usuario no pierde y ganamos todos, es decir, que gana el sistema porque nos va a permitir un ahorro; si todo esto se está haciendo, por qué no funciona. Hay que hacer análisis de las causas, buscar el porqué es imprescindible para intentar corregir.

Hablaban otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra de la ley que ha entrado en la Cámara de cohesión del Sistema Nacional de Salud. Mi grupo parlamentario opina que debemos alcanzar

acuerdos y no desistimos de este objetivo. La señora ministra ha manifestado la voluntad de llegar a acuerdos y, si es posible, consensuar la ley con todos los grupos. Nosotros agradecemos el brindis que hace la señora ministra y, como siempre, nos encontrarán en disposición de colaborar. Con la misma aseveración que hacemos estos comentarios, debemos añadir que, tal como ha entrado en el registro, es bastante inasumible. No es que no contenga aspectos que valoramos positivamente, pero en todo lo que se refiere a cuestiones competenciales, más que cohesionar, —no criticamos este término, sino que siempre lo hemos valorado positivamente y deseamos seguir teniendo estos criterios dentro del sistema—, lo que hace es interferir de una manera no ajustada a los estatutos de las comunidades ni de acuerdo con la Constitución, pues interfiere con competencias asumidas por las comunidades autónomas. Hago este paréntesis para circunscribirlo al debate de contención de política del gasto farmacéutico, porque la nueva ley tampoco plantea soluciones a este tema, y nos coloca en la situación de decir: como las comunidades tienen ya transferidas las competencias, van a ser responsables de que los objetivos se cumplan, pero los mecanismos que deberían visualizarse para conseguirlos no quedan claros.

Para finalizar y que la presidenta no me llame al orden, me gustaría, señor Vázquez, que en esta parte de la comparecencia fuera más analítico, ejerciera de economista, diera cifras y analizara por qué no se cumplen. Si hoy no podemos concretar este tema, creo con toda sinceridad que ustedes tienen la obligación de trasladar esta información a la Cámara, porque, si no, podemos estar hablando muchas semanas y meses, acabaremos la legislatura y podríamos llegar a la conclusión de que en los principios estamos básicamente de acuerdo (no oigo a ningún portavoz de ningún grupo parlamentario que discrepe de la filosofía en general), pero, más allá de los principios, deberíamos reconocer que hay una incapacidad manifiesta de ajustar los principios a la realidad. No debemos permitir esto, el Gobierno no lo quiere, el grupo de la oposición y los demás grupos no deseamos que el sistema llegue a una situación de asfixia, sino que esperamos hacer las cosas razonablemente bien para mejorar el Sistema Nacional de Salud. Este análisis, esta capacidad de ser concretos y de hacer autocrítica en todo lo necesario es la medida imprescindible para, en un futuro que cada vez es más exigente, más allá de darnos leyes de cohesión, garantizan a todos los ciudadanos de este país que el Sistema Nacional de Salud será cada vez mejor y les dará más prestaciones. Nada más.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valentín. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Gracias, señor Vázquez, por su comparecencia para explicar las líneas sobre la política sanitaria del Gobierno del Partido Popular. Esperábamos la comparecencia de la señora ministra, puesto que así se había pedido, pero, tras escucharle con bastante atención, me resulta incompleta. Por otra parte, usted habla desde el verano hasta ahora, pero se olvida de que el Partido Popular lleva prácticamente siete años en el Gobierno, de que ha habido otros ministros y ministras de Sanidad bajo cuya responsabilidad también ha estado la política farmacéutica del Sistema Nacional de Salud; me da la sensación de que quieren renunciar a la herencia y hacer borrón y cuenta nueva. Digo incompleta porque en toda su intervención no he escuchado un solo dato del crecimiento del gasto farmacéutico público ni en lo que va de año, ni en el año pasado, ni el mes pasado, ni el acumulado...; no he escuchado ni ninguna cifra, señor Vázquez, del incremento del gasto farmacéutico público. El Grupo Parlamentario Socialista pide cada mes datos al Ministerio de Sanidad, lo que ocurre es que nos llegan con tanta demora que no nos sirven los últimos que tenemos para analizar la situación actual. Nuestro primer requerimiento es, si es posible, que usted nos dé las cifras de en qué situación nos encontramos en este momento respecto al crecimiento del gasto farmacéutico público.

La segunda consideración que yo le hacía al inicio de mi intervención es que parece que todo empieza con el actual equipo ministerial. Cuando hablaba usted —por poner un ejemplo— de la promoción y publicidad de medicamentos, ha hecho referencias permanentes a las directivas comunitarias, a los requerimientos de las comunidades autónomas, pero se ha olvidado del compromiso que la anterior ministra de Sanidad adquirió en el Congreso de los Diputados para regular los artículos 17 y 18 del Real Decreto del año 1994, que se refieren precisamente a incentivos, promoción y publicidad de medicamentos, a regular los dineros que la industria farmacéutica de este país se gasta en hacer publicidad y promoción de sus medicamentos. Es más, en junio del año 2000 la señora ministra le puso plazo a ese compromiso: antes del 31 de octubre de ese año iban a estar regulado estos dos artículos sobre la promoción y publicidad de medicamentos. Que sepa el Grupo Parlamentario Socialista, a finales del año 2002 no se ha hecho absolutamente nada para cumplir ese compromiso que la ministra de Sanidad, del Gobierno del Partido Popular —se lo recuerdo— asumió ante este Parlamento. Tendremos ocasión de hablar de este tema posteriormente.

Quiero dejar claro que lo único que mueve en esta comparecencia al Grupo Parlamentario Socialista es garantizar la viabilidad futura de todas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, incluida la farmacéutica y, si es posible, en las mismas condiciones económicas desde el punto de vista de las aportaciones de los

usuarios, sin que tengan que incrementarse respecto a lo que está establecido. Queremos partir de la base de un nuevo escenario. Recuerdo que el 1 de enero de este mismo año se hacen las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las diez comunidades autónomas que todavía estaban pendientes de recibirlas. Este nuevo escenario tiene que contemplarse también a la hora de definir las políticas farmacéuticas que se aprueben para que tengan vigencia en todo el Sistema Nacional de Salud. El papel de las comunidades autónomas no puede ser, como ha sido hasta este momento, de meros invitados de piedra; es más, en algunos casos se les ha dado conocimiento de acuerdos de mucha trascendencia para el Sistema Nacional de Salud una vez adoptados en el seno del Consejo interterritorial. Es preciso que tengamos en cuenta que la capacidad de decisión de las comunidades autónomas en estos asuntos importantes se tiene que considerar por parte del Gobierno.

Estamos hablando, señor subsecretario, de un capítulo importantísimo del gasto sanitario público. Prácticamente una cuarta parte de ese gasto de los recursos totales disponibles se dedica al capítulo de la farmacia. Esto, unido al arsenal terapéutico que tenemos en nuestro país —según decía la señora ministra en su comparecencia del mes de septiembre—, compuesto por más de 9.200 medicamentos autorizados, de los cuales más de 7.400 están financiados por el Sistema Nacional de Salud, con una carga en atención primaria, desde el punto de vista del gasto, tan importante como que en el año 2002 de cada cien pesetas gastadas 60,19 van a pagar la factura farmacéutica, repito, en el nivel asistencial de atención primaria. El año pasado, el Insalud registró el incremento de gasto farmacéutico público más importante de todo el Sistema Nacional de Salud, un 9,11 por ciento. Ya lo denunciaron los grupos políticos en otras comparecencias e iniciativas para abordar el tema de la política farmacéutica. En julio de este mismo año, el incremento era del 11,57 por ciento. Según la señora ministra de Sanidad, cuando compareció el 25 de junio de este año a instancias del Grupo Socialista para que nos explicara el nivel de cumplimiento de los acuerdos del pacto de estabilidad, había llegado en algunas ocasiones hasta el 20 por ciento. Como consideramos que es un capítulo importante, se ha de tomar con absoluta seriedad la definición de las políticas sanitarias, no de forma unilateral por el Ministerio de Sanidad, sino en colaboración con las comunidades autónomas.

Se ha intentado justificar el incremento —repito que me gustaría que en este momento nos dijera en qué porcentaje estamos—, unas veces con la gripe —la señora ministra en la comparecencia del 25 de junio lo decía—, otras veces con el consumo excesivo de antibióticos; incluso a la entrada en vigor de los precios de referencia se achacaba el incremento del gasto farmacéutico. Me da la sensación, señor subsecretario, de que el ministe-

rio está dando palos de ciego permanentemente respecto a la política sanitaria. Tuvieron ustedes una oportunidad de oro, donde todos los grupos políticos de forma unánime y en este Parlamento apoyaron la moción de Coalición Canaria para que se hiciera precisamente ese famoso pacto de estabilidad farmacéutica para garantizar su viabilidad futura dentro del Sistema Nacional de Salud, pero lo desaprovecharon porque no cumplieron precisamente los objetivos del pacto. Mis predecesoras en el uso de la palabra hablaban de que no conocemos la realidad en la que nos estamos moviendo, cuáles son las causas de este incremento del gasto farmacéutico. En moción que fue respaldada unánimemente se decía que había que hacer un análisis de la situación. ¿Para qué? Para, una vez conocida la realidad y el porqué de las causas del crecimiento, en colaboración con las comunidades autónomas y en el seno del Consejo interterritorial, se definiera ese pacto de estabilidad con los distintos agentes de la cadena. No fue esto lo que hizo el Ministerio de Sanidad, fue un acuerdo exclusivamente de carácter económico; no fue un pacto de estabilidad, sino un sistema de recaudación para cuadrar un presupuesto insuficiente, para arrancar unos cuantos millones de pesetas a la industria farmacéutica y de esta manera poder financiar la investigación, que es responsabilidad del Ministerio de Sanidad. Y se hizo de espaldas a las comunidades autónomas. La señora ministra de turno firmó en nombre y representación de las comunidades autónomas, como presidenta del Consejo interterritorial, cuestión que no había sido aprobada previamente por las comunidades autónomas. Y nadie mejor para definir esa situación que el presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico cuando decía respecto al acuerdo que se firmó con Farmaindustria (permítame que lo lea textualmente): La industria ha ganado una vez más por goleada, ya que aporta menos que en otras ocasiones y se ha cuidado mucho de que el acuerdo mantuviera la posibilidad de revisión anual del precio de los nuevos medicamentos, cada vez más caros, y su fácil incorporación al mercado sin estudios de coste/eficacia y seguridad respecto de los existentes, lo cual origina una sangría ilimitada del gasto. Lo ha puesto de manifiesto la portavoz de Coalición Canaria. En este acuerdo la industria farmacéutica arrancó al ministerio un compromiso que había perseguido durante muchos años: que se le entregara en soporte informático toda la información referida a gasto farmacéutico, recetas, dispensación, especialidades, por comunidades autónomas, etcétera. Desde el punto de vista de la cuenta de resultados era un instrumento valiosísimo para obtener ganancias. Es un fin lícito el que persigue la industria farmacéutica, pero en cuanto a la negociación del Ministerio de Sanidad, nos da la sensación de que se le olvidó en esa mesa negociar en nombre de los ciudadanos españoles.

Respecto a la promoción y publicidad de los medicamentos, que usted nos comentaba en su intervención

inicial, desde el año 2000 —compromiso de la ministra de Sanidad—, no sabemos nada de lo que está haciendo el ministerio en este asunto. Me gustaría que usted nos contestara una pregunta. El ministerio tiene medios, porque tiene la obligación de saber cuánto se gasta en este momento la industria farmacéutica en publicidad y promoción de medicamentos, señor subsecretario. Me gustaría que facilitara usted este dato a la Cámara en sus respuestas. Cuando compareció la señora Villalobos, en junio de 2000, nos dijo que esta cifra rondaba los 350.000 millones de pesetas. Queremos, si es posible, tener datos actualizados, sobre todo, porque estas cantidades repercuten luego en el precio de los medicamentos y los ciudadanos españoles tenemos que pagar de nuestro bolsillo el porcentaje que nos corresponde cuando adquirimos los fármacos y estamos pagando también parte de esa cantidad que se imputa de promoción y publicidad de los medicamentos.

El Grupo Parlamentario Socialista tiene algunas cuestiones que plantearle, para ver si es posible recibir una respuesta por su parte. Tenemos conocimiento de que en la Agencia Española del Medicamento hay unos 18.000 expedientes —con el atasco que esto supone— que las distintas industrias dedicadas a la producción de medicamentos homeopáticos tienen presentados y están sin resolver. También tenemos constancia de que en este caso opera el silencio positivo, si no se contesta la resolución de los expedientes se entiende por válida la petición que este tipo de industrias hace a la Agencia Española del Medicamento. Queremos saber si efectivamente esto es así, en qué situación se encuentran y de qué manera se controlan esos medicamentos. Por otra parte, queríamos saber cuánto dinero ha ingresado hasta este momento la industria farmacéutica, de acuerdo con el compromiso que adquirió en el acuerdo firmado con el Ministerio de Sanidad, y cuánto de este dinero ha ido a parar a investigación a las comunidades autónomas. Queríamos saber si el problema de las denominadas importaciones paralelas tiene alguna solución y si el Ministerio de Sanidad lo está estudiando. Señor subsecretario, nos gustaría conocer si tienen datos del gasto farmacéutico referido a la farmacia hospitalaria, tanto de 2001 como de 2002; qué previsión tiene el ministerio sobre la posibilidad de recetar principios activos; de qué manera se va a fomentar la puesta en el mercado de más medicamentos genéricos y se va a regular la posibilidad de que no haya competencia entre medicamentos con marca, en cuanto al precio, y estos medicamentos genéricos. Respecto al acuerdo que se firmó con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos —ya que no era un acuerdo, sino unas bases— nos gustaría saber cuándo va a llegar este acuerdo, qué causas son las que han hecho imposible que se actualizaran los márgenes y los descuentos establecidos en el Real Decreto 5/2000. Terminó en un minuto, señor presidente, ha sido usted muy flexible

con el resto de los portavoces y espero que también lo sea conmigo. Querríamos saber si el ministerio va a adoptar una decisión sobre las especialidades farmacéuticas publicitarias y su venta exclusiva en farmacia; si en la fijación de precios de los medicamentos y en las autorizaciones de precios de los fármacos, así como en su financiación pública, van a tener alguna participación activa las comunidades autónomas. Son algunas de las cuestiones que al Grupo Parlamentario Socialista le gustaría que nos contestara. Por último —termino, presidente, de verdad—, ¿está estudiando el ministerio la posibilidad de que los medicamentos que produzcan efectos adversos en actividades tales como la conducción ocurra como en otros países, que llevan una identificación en el envase para que el ciudadano, cuando tenga que tomarlo, sepa la contraindicación que puede suponer el consumir el fármaco y al mismo tiempo conducir?

Señor subsecretario, quiero que todas estas manifestaciones que el Grupo Parlamentario Socialista ha hecho, y alguna más que se me queda en el tintero, porque no hay tiempo, las tome como le he dicho al principio, con la única intención de recobrar el consenso en cuanto a las medidas de política farmacéutica que tiempo atrás se venían llevando a cabo con los sectores implicados, y dejar de una vez por todas la imposición de estas medidas a los sectores y comunidades autónomas, que son los que tienen que aplicarlas.

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

El señor **CASTILLO JAÉN:** Bienvenido, señor subsecretario, de nuevo a su tercera comparecencia en cinco meses desde que usted tomó responsabilidades en el ministerio, lo cual me parece una atención bastante positiva hacia esta Cámara y esta Comisión.

Yo quería reiterarme en lo dicho en otras comparecencias sobre esta temática. Leyendo la última comparecencia de la ministra anterior, de 25 de junio, me sorprende porque comentaban algunos de los portavoces de esta Cámara que había dado demasiados datos y que dar muchas cifras en una comparecencia despistaba la atención de los portavoces.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Castillo, perdone un momento. Informo a los miembros de la Comisión que hay una concentración en este momento como protesta por el asesinato de ayer y les propongo que asistamos.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, les ruego ocupen sus escaños. Estaba en el uso de la palabra el señor Castillo, el cual nuevamente la tiene.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Decía que el dato de la facturación de recetas a través del sistema sanitario es el único dato evaluable mes a mes, y por ello está perfectamente evaluado. No se debe confundir nunca ese dato, pues he visto alguna pequeña confusión, con el dato de facturación de la industria farmacéutica, en el cual, además del dato en cuestión, hay un compendio de las especialidades farmacéuticas publicitarias y, cómo no, de la farmacia hospitalaria. Por ello, nos centramos exclusivamente en el dato que compete al Ministerio de Sanidad en lo que al gasto farmacéutico se refiere.

Al paio de algunos datos que se están dando aquí, quisiera recalcar el dato histórico de facturación de recetas a la Seguridad Social desde 1986 hasta la fecha. Desde 1986 a 1999 se hablaba de incrementos anuales medios del orden del 12,91. Desde 1987 a 1990 los incrementos de la facturación fueron del 20 por ciento. Comparativamente y a título ilustrativo diré que en el año 2000 el incremento fue del 7,46, y en el año 2001, del 7,9. Y les aseguro —haciendo, como se han hecho aquí, algunas profecías— que en 2002 no llegará a los dos dígitos y que es conveniente esperar siempre al cierre del año para no dar una sensación de alarmismo, porque con los números debemos ser perfectamente concisos.

Algunos de mis ilustres compañeros dicen que España tiene un gasto desaforado. Bien, pues me remito a lo escrito y a las estadísticas de la Unión Europea, según las cuales España, que es un país con una renta de 11.682 euros por habitante, tiene un gasto en medicamentos de 173 euros por habitante. Este gasto en medicamentos es parecido al de Portugal, Grecia y el Reino Unido, es levemente superior al de Irlanda, que es el país que menos gasto tiene en medicamentos; pero es bastante más bajo que el de otros países de Europa, como Alemania y como Francia, que es el que más tiene. Por tanto, señorías, nos movemos en unos valores normales, de acuerdo con el entorno sanitario y el nivel de desarrollo que España tiene dentro de la Unión Europea. Sin duda, es susceptible, junto con todos los sistemas sanitarios europeos, de preocupación, porque hay que mantener el sistema sanitario, hay que bajar el gasto, hay que controlar mejor el incremento. En ello estamos todos y en España se están haciendo las mismas cosas y de la misma forma que en el resto de Europa. Este es el escenario en el que nos situamos.

Es importante destacar que el incremento de la facturación del gasto en medicamentos lo provocan fundamentalmente dos cuestiones, una es el incremento del precio de los medicamentos y otra el incremento del número de recetas. Si evaluamos ambos dígitos se comprueba que el precio medio por receta no sube, lo que indica que la desviación se está produciendo fundamentalmente en el número de recetas. Quiero recordarles a SS.SS. que el número de recetas es una competencia totalmente transferida, aunque no por ello se debe

descartar ningún tipo de responsabilidad del ministerio, puesto que para ello tiene un sistema de interconexión con las comunidades autónomas; pero es cada sistema sanitario el que puede controlar directamente sus recetas.

¿A qué se debe el número de incremento de recetas? Son muchas las causas, fundamentalmente el número de usuarios del sistema sanitario, que es importante. Hay ciertas comunidades que tienen un número de usuarios cada vez mayor, por tanto aumenta la demanda. La presión de las empresas farmacéuticas, que siempre hemos dicho que es un tema a debate. Cuestiones internas de organización de los sistemas sanitarios, de organización de los centros de salud; es fundamental la organización. Y otra cosa fundamental que no se le escapa a nadie, que son los problemas laborales en los sistemas sanitarios, problemas laborales que llevan al médico a no tener una incentivación en la prescripción de medicamentos más baratos y a veces a castigar al propio sistema con su bolígrafo y sus recetas. Pero vuelvo a centrar el tema. En la parte competencial que le corresponde, el Ministerio de Sanidad está actuando de manera positiva. También es cierto que a través del sistema de conexión con las comunidades autónomas el ministerio debe de ir marcándoles e ir trabajando con las mismas pautas de actuación.

Quería también decir que me alegro de haber oído al señor subsecretario que en este corto período de tiempo haya empezado a actuar a través de una propuesta de bajada del precio de los genéricos, no del número de los genéricos. Yo desde mi grupo le propondría también que pensara en una bajada generalizada de todos los medicamentos, si es posible, para no crear un concepto devaluatorio de lo que es el genérico. Usted sabe muy bien que en este grupo parlamentario al que yo hoy tengo el honor de representar tenemos un cariño especial por la política de genéricos, puesto que fuimos nosotros los que la pusimos en marcha con el Gobierno del Partido Popular, y por ello la defendemos no como un baluarte del gasto, del decremento o del no incremento del gasto en medicamentos, sino como una faceta más de las políticas estructurales que al respecto se toman.

Por último, quiero felicitarle por la puesta en marcha del programa de dispensación personalizada de antibióticos, no sólo por el factor económico que sin duda va a representar, sino por el factor de la salud del paciente, puesto que en este país todos sabemos que hay un consumo exagerado de antibióticos que no beneficia en nada a la salud de los pacientes, que es en definitiva a quienes dirigimos esta política.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar contestación a todas las intervenciones anteriores, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): Quiero dar las gracias a

todos los que me han precedido en el uso de la palabra y quiero agradecer muy sinceramente todos los comentarios que se han realizado en esta Comisión. Me parece que tanto el tono como las aportaciones que se han realizado marcan el nivel, y además un nivel muy elevado, de lo que se puede hacer en un Parlamento y de lo que se puede llegar a debatir en un tema que a todos, evidentemente, nos afecta y en el que puede haber, como es muy lógico, disparidad de opiniones. En todo caso, el elevado tono de los comentarios ayuda a encontrar sin duda puntos de acuerdo, como ya ocurrió anteriormente.

Antes de comentar algunas de las apreciaciones que se han realizado, me gustaría subrayar un aspecto. La comparecencia de hoy estaba pedida en principio por el Grupo de Coalición Canaria para hablar básicamente, o a mí así se me dijo, de política del medicamento, por eso yo he dedicado casi la mitad de mi intervención a hablar de algo que me parecía muy importante, que es del uso racional del medicamento y de las medidas que tiene que llevar a cabo el Ministerio de Sanidad y Consumo, pues es su obligación, para asegurar —y hemos vivido fenómenos no muy lejanos en el tiempo— que todos los medicamentos que hay son seguros y eficaces. A nosotros nos parece que esa es una parte muy importante, y quiero simplemente subrayar esto porque cuando ahora entremos en el tema del gasto farmacéutico, que es algo que evidentemente nos preocupa a todos, no podemos perder de vista (y no pretendo hacer ningún tipo de consideración demagógica, entiéndase) que lo que los ciudadanos quieren es tener acceso a los mejores medicamentos, a los mismos que tienen los países más avanzados, en el menor tiempo posible.

Los ciudadanos quieren que esos medicamentos estén financiados en gran medida por nuestro Sistema Nacional de Salud, y no podemos perder de vista que ese es nuestro objetivo y que debemos hacer eso posible. Es decir, habría medidas mucho más contundentes para acabar con el gasto farmacéutico, lo saben todos los que están aquí sentados, pero perderíamos de vista cuál es el objetivo. Quiero decir, si aquí decidiéramos un día que nacionalizábamos todas las empresas farmacéuticas, una cosa que está fuera del alcance de todos, e hiciéramos una gran fábrica sólo de medicamentos, pues probablemente resolveríamos el problema del gasto, pero nos habríamos cargado la posibilidad de innovación y de que puedan producirse o de que puedan tener acceso a nuestro mercado productos de muy alta innovación o de muy alta capacidad, como los que ha habido. Significo esto porque (y ahora me referiré más en concreto a esa reunión) en una reunión hace unos diez días con las comunidades autónomas, con los directores generales de Farmacia, que tuve la fortuna de presidir, era muy significativo que aunque básicamente íbamos a hablar de control de gasto farmacéutico, se insistió por varias comunidades autónomas, y además sobre todo por varias de las comunidades autó-

nomas que llevan ya tiempo con la competencia transferida en materia de Sanidad, en la necesidad de trabajar mucho más insistentemente o con mucha más contundencia en el tema de la adecuación de la prescripción. No me estoy refiriendo únicamente al tema de la unidosis, que he anunciado que queremos llevar a cabo, y ya aprovecho para decir que la idea no es hacerla dentro de seis meses u ocho meses o simplemente volver aquí dentro de un año y volver a repetir que ese es el objetivo. Bueno, en lo que se insistía mucho, además de en la política de control de gasto, era en la necesidad de adecuar la prescripción. Es decir, hay ahorros, y ahorros sustanciales también, lo que pasa es que probablemente se vean menos y probablemente son más a medio y largo plazo. El que haya una mayor adecuación de la prescripción de los medicamentos a las necesidades de los pacientes no es una cuestión que se consiga con un real decreto ni con una ley, pero es un tema en el que se hacía hincapié con claridad desde las comunidades autónomas, insisto en que desde las que tenían más experiencia, como un elemento capital a medio y largo plazo para conseguir mayor racionalidad en todo el tema de la prescripción farmacéutica.

Avanzando en algunos de los temas que se han ido planteando, en lo que se refiere a la promoción se ha dicho que había un compromiso por parte de la señora ministra, de la que ha sido hasta hace poco ministra de Sanidad y Consumo, de desarrollar los artículos 17 y 18 del Real Decreto 5/2000. Nosotros asumimos, lógicamente, ese compromiso y tenemos ya redactada la norma que pueda dar cumplimiento a ese compromiso. Nos parecía —y voy a insistir después mucho también en este aspecto— que en ésta, como en otras materias, deberíamos ir de la mano de las comunidades autónomas. Por eso, en el pasado Consejo Interterritorial, a finales de noviembre, les planteamos a las comunidades autónomas cuáles debían ser las líneas fundamentales que debían regular estos dos artículos, los artículos 17 y 18. Y, en principio, se obtuvo por parte de los consejeros un acuerdo unánime para desarrollar esas líneas. El ministerio tenía su propuesta, pero le parece que en esta materia (después me referiré con más detalle a otras materias) es necesario ir de la mano de las comunidades autónomas, que al final y a la postre van a ser las que van a tener que aplicar esta norma, no vamos a ser directamente nosotros.

Se preguntaba también por el Grupo de Coalición Canaria, y creo que también por el Grupo Socialista, cuál era la posición del ministerio respecto a los productos bioequivalentes, y perdonen si voy saltando de un tema a otro. Respecto a los productos bioequivalentes, a la prescripción por DCI, aquí la posición del ministerio es bastante clara, ya lo manifestó la ministra: nosotros estamos claramente abiertos a la prescripción por DCI de productos que sean bioequivalentes, que es lo que nos dice la Ley del Medicamento, es

decir, nosotros consideramos que es una práctica que no tiene ningún problema para la salud pública y, al revés, tiene claros beneficios cuando los productos son exactamente el mismo o son bioequivalentes, que es la explicación más técnica. Por el contrario, tenemos problemas para aceptar, por motivos básicamente de uso racional del medicamento y sobre todo hasta de salud pública, una prescripción por DCI cuando no haya esa bioequivalencia entre los productos, simplemente porque puede haber problemas; es decir, si los productos no son bioequivalentes no se pueden intercambiar con la facilidad con la que se puede intercambiar un genérico, por ejemplo. Bien. Eso es así, ya lo ha manifestado la ministra, y yo, como es lógico, me adhiero a su posición.

Respecto al papel de las comunidades autónomas, el portavoz del Grupo Vasco y otros portavoces han planteado la necesidad de que demos un mayor papel a las comunidades autónomas. Como yo dije en mi intervención y vuelvo a reiterar ahora, nosotros entendemos que las comunidades autónomas tienen que jugar un papel fundamental en política farmacéutica, fundamental, porque el ministerio puede fijar las reglas, que es competencia exclusiva del Estado, tal y como están ahora mismo las normas que nos rigen en materia de financiación y autorización de medicamentos, pero entendemos que la gestión y por tanto la práctica y por lo tanto no sólo el día a día, sino el cómo hacer los protocolos clínicos, etcétera, eso es competencia de las comunidades autónomas.

Se comentaba también por algún grupo que el control de la demanda recae en gran medida en las comunidades autónomas, en cuanto que ellas están mucho más cerca de los prescriptores y son las que regulan en principio lo que hacen estos prescriptores. Por tanto, nosotros entendemos que en esto debe haber una colaboración clara entre todas las administraciones. Nosotros queremos (y así lo hemos manifestado, y en mi caso me ha tocado hacerlo hace muy pocos días con los directores de Farmacia de las comunidades autónomas), queremos llevar a cabo un plan, y ya les hemos anunciado cuáles son las principales medidas de ese plan y les hemos pedido a las comunidades autónomas que también elaboren su plan y nos digan cómo vamos a conciliar o cómo poder hacer posible que todas las administraciones trabajen juntas en un cometido que entendemos común. Es decir, tanto la Administración central como la Administración de las comunidades autónomas tenemos como objetivo hacer esto sostenible. Yo creo que aquí —y me parece que es un tema que es transversal— todos los grupos políticos y todas las administraciones estamos en la misma línea, por lo cual es relativamente sencillo alcanzar un acuerdo. En la reunión que tuvimos con los directores de Farmacia de las comunidades autónomas el planteamiento tuvo una buena acogida. Como es lógico, lo que quieren es verlo plasmado en la realidad. Pero por parte del ministerio

al menos queremos ir dando los pasos para que, como comentaba, las medidas que se adopten, tanto por nosotros como por las comunidades autónomas, estén en un marco consensuado.

La cuestión de los pactos ha sido un tema recurrente en casi todas las intervenciones. Nosotros entendemos los pactos o los acuerdos a que llegamos con los sectores como una necesidad. Y explico esto de la necesidad. Nosotros entendemos que los pactos responden a una necesidad de hacer las medidas eficaces y de establecer un marco de estabilidad, es decir, de hacer posible la adopción de medidas a medio y largo plazo. Para el ministerio es lo más sencillo, y se ha hecho en alguna ocasión, sobre todo en casos de necesidad a lo largo de los años noventa, lo saben ustedes muy bien; en un momento de necesidad se ha hecho una rebaja generalizada de precios o de márgenes a los sectores. A nosotros nos parecía que antes de adoptar esas medidas se podía avanzar en un marco de acuerdo con todos los que tienen que decir algo en la cadena de valor del medicamento, y entendemos que los acuerdos que están firmados permiten una gran capacidad de actuación al ministerio. Es decir, nosotros entendemos que tanto el acuerdo firmado con la industria, como el firmado con los médicos y farmacéuticos, y por supuesto con los consumidores, permiten al ministerio y a las comunidades autónomas un gran campo de actuación, que es por el que ya estamos transitando. Los acuerdos no son un punto de llegada, no son un reajuste, un «no hagan nada», como se ha comentado en algún momento, «y a cambio les damos unos retornos», sino que esto es un marco estable sobre el que vamos a actuar y vamos a poner en marcha medidas que sirvan para conseguir la finalidad última, que es ese uso racional del medicamento y un control del gasto.

Aunque me dijo que no iba a poder estar, el portavoz del Partido Nacionalista Vasco me preguntaba cómo se casaba todo esto. Pues bien, la actuación que queremos llevar a cabo con las comunidades autónomas es plenamente compatible con el desarrollo de los pactos que tenemos firmados, y en ese sentido vamos a operar.

Se comentaba también por el portavoz del Grupo Vasco (disculpen si no soy capaz de contestar a todo con detalle) que las comunidades autónomas no tenían acceso a los retornos del pacto, a lo mejor también ha salido en alguna otra intervención. Nada más lejos. Nosotros entendemos, y es voluntad de este ministerio y yo creo que también del equipo que estaba anteriormente, que todo el dinero que se recibe de los retornos (que, insisto, nosotros queremos y vamos a exigir que sea todo el beneficio que la industria farmacéutica obtiene basado en el objetivo del pacto, que recuerdo no es el PIB nominal más 3, es el PIB nominal, lo que puede crecer en el gasto farmacéutico es el PIB, si uno va a la letra del pacto), que todo el margen bruto de los fabricantes vaya a las comunidades autónomas. Nos parecía que era mejor para el país y para llevar a cabo

esa cohesión que se hiciera en una materia tan importante para el futuro como es la investigación y que no se hiciera simplemente territorializando esos dineros, que no dijéramos: mira, a esta comunidad autónoma le toca esto y a esta comunidad autónoma lo otro. Nos parece que en materia de investigación no se puede hacer eso, no hay fronteras en investigación. Nos parecía mucho más útil que se crearan redes de investigación en las que todos, desde los grupos más avanzados hasta los grupos que están todavía en sus comienzos, puedan tener acceso para que pueda crearse esa materia gris de investigación que saque adelante o que haga realidad los proyectos.

Se ha comentado también que algunas personas habían manifestado que estos acuerdos suponen que las industrias no van a tener que pasar un análisis coste/efectividad o un análisis de seguridad de los medicamentos. Nada más lejos. Yo insisto en que desde la Agencia del Medicamento y desde la Dirección General de Farmacia se mantienen, incluso yo diría (y ahora que me toca estar en este lugar lo veo más directamente) que hasta se extreman las medidas de coste/efectividad de los medicamentos y de seguridad y eficacia antes de que entren. No hay ningún tipo de medida de suavización en ese aspecto.

Respecto a los genéricos, me gustaría hacer un par de apreciaciones. La primera apreciación es simplemente para enmarcar cuál es nuestra situación. Es verdad que en España el nivel de introducción de genéricos no es elevado, no llegamos todavía al 10 por ciento. Si lo comparamos con otros países —y son cifras del 2000— la cuota de genéricos que tiene Francia en su mercado es del 4 por ciento, en Italia es del 0,75, en Bélgica es el 1. Insisto en que es verdad que hay países con precio libre, básicamente Alemania y el Reino Unido que tienen el 32 y el 46 respectivamente. Esto es indudable. Pero el Gobierno no está satisfecho, si no no pondríamos en marcha estas medidas que yo he enunciado previamente, y me parece que hace falta un cierto marco de actuación para no pensar que somos un punto en el horizonte fuera del marco de la Unión Europea. No. Estamos probablemente, como nos pasa casi siempre, en un lugar semejante al que nos corresponde.

En segundo lugar, me gustaría insistir en que la política de genéricos es claramente de largo alcance. Uno no puede esperar resultados a corto plazo porque hay que esperar diez años, como muy bien sabe todo el mundo, para que pueda aparecer un genérico de una molécula innovadora, porque hasta que se aprueba ese genérico —aunque hay un procedimiento acelerado en la Agencia del Medicamento— y se aprueba la orden de referencia pasan unos meses, meses que queremos ahora reducir, y porque tiene que entrar ese grupo homogéneo. Pero los resultados nos dicen que una vez que existe un genérico en un grupo homogéneo hay una prescripción muy importante de esos productos. Voy a leer, a modo de ejemplo, aquellos principios activos en

los que ya el genérico supera el 35 por ciento de la prescripción. Son el aciclovir, la amoxicilina, el atenolol, la aefotaxima, la ceftriaxona, el enalapril, el norfloxacino y la ranitidina, bien conocida por todos. Quiero recordar que los genéricos son del año 2000 y estamos en el 2002. En estos principios activos —insisto— ya hay una prescripción por encima del 35 por ciento. Por tanto, nosotros pensamos que si intensificamos la política de genéricos que queremos poner en marcha puede tener cada vez un peso mayor en la prescripción.

Se me preguntaba también desde el Grupo de Coalición Canaria, que fue el primero en intervenir, qué medicamentos van a entrar en la ley de cohesión y cuál va a ser el papel de la Agencia del Medicamento y productos sanitarios, a que también se refirió Convergència i Unió y el Partido Nacionalista Vasco. Queremos —y ha sido la voluntad del Gobierno— que las comunidades autónomas participen en el órgano de gobierno, es decir que establezcan las directrices básicas, los objetivos, qué medicamentos son los que hay que intensificar, qué productos hay que autorizar y con qué criterios. La entrada de medicamentos en el mercado es una parte muy importante de la política farmacéutica y las comunidades autónomas pueden aportar un valor significativo —y por eso lo hacemos— en esta política. Me van a permitir que tampoco hable mucho de la ley de cohesión porque va a haber un debate y antes esperaríamos tener ocasión de hablar con los grupos parlamentarios, a los que reitero el ofrecimiento de la ministra de intentar llegar al mayor consenso posible en la ley y, si puede ser, la unanimidad sería nuestro objetivo y nuestro deseo. Insisto en que preferiría obviar los temas de la ley de cohesión porque van a ser objeto, como es lógico, de un debate pormenorizado.

Aunque para nosotros ha sido un punto de referencia en la política farmacéutica, me he referido brevemente al acuerdo parlamentario a que se llegó el 19 de enero de 2000. Lo que estamos intentando hacer es cumplirlo. Me explico. Estamos intentando acordar con las comunidades autónomas las medidas de política farmacéutica y de acuerdo con los sectores; es decir, manteniendo los acuerdos vigentes hablar con ellos para que junto con las comunidades autónomas —lo cual no es un equilibrio fácil, como se pueden imaginar— seguir transitando y poner medidas en marcha.

Planteaba Izquierda Unida varias consideraciones interesantes. Discrepo de la portavoz en cuanto a que los medicamentos no han incrementado sustancialmente la eficacia. Creo que los medicamentos que se han incorporado en los últimos años, como en todo, habrá algunos que no hayan incrementado su eficacia, pero me parece que ha habido algunos, sustancialmente para algunas enfermedades bastante graves como antileucémicos o para el VIH, sida, que nos dice la Agencia del Medicamento que son de gran eficacia o de eficacia contrastada. En las propuestas que realizaba decía que hace falta que sea una política del Gobierno, una políti-

ca de Estado. Estamos convencidos de que ése debe ser el objetivo y que debemos instrumentarlo a través de las comunidades autónomas, y utilizando el paraguas de lo que ha sido la Comisión y de lo que se acordó —las sensibilidades casi en su totalidad están representadas en las comunidades autónomas— entendemos que convertir esto en una política del Gobierno, en una política del Estado, pasa por acordar con las comunidades autónomas las medidas que desarrollemos.

Coincido plenamente en la necesidad de desarrollar los genéricos y los precios de referencia. Ha planteado un tema al que me quiero referir por intentar no obviar ninguno. Se ha referido a la central de compras de medicamento. Los hospitales en sí ya están actuando como una central de compra de medicamentos. Nosotros autorizamos un precio máximo para atención hospitalaria y después cada uno de los hospitales negocia con ellos. Que pudiera haber una central de compras a nivel nacional lo veo bien difícil por la limitación de competencias de las comunidades autónomas y a nivel autonómico sospecho que no somos nosotros los que lo debemos decir. De hecho me consta que en alguna comunidad autónoma, por ejemplo en Valencia, tienen establecido algún tipo de sistema de central de compras, pero entendemos que entra dentro de la autoorganización de las comunidades autónomas y como por costes de escala puede tener mucho sentido o por capacidad de negociación deben ser ellas las que lo pongan en marcha.

En cuanto a la necesidad de publicidad ya he comentado antes los artículos 17 y 18. Respecto a por qué no se ha intervenido hasta ahora, me he referido a lo mejor demasiado suavemente a que tenemos una directiva europea que nos marca claramente el campo de juego. A lo mejor se podían llevar a cabo actuaciones más contundentes pero la directiva europea no lo permite.

Se refería también a los farmacólogos en atención primaria. Me parece que se está considerando y se está hablando con los médicos, pero como bien conoce hay el problema de que si es un farmacólogo y no un farmacéutico algunos colectivos a veces entienden que hay invasión de competencias y hay que intentar en la medida de lo posible conciliar esos intereses.

En la educación sanitaria estamos plenamente de acuerdo. Estamos más que de acuerdo en la necesidad de no excluir los medicamentos, y es voluntad clara de este Gobierno no excluirlos, y no nos parece que el copago sea una medida que ahora mismo haga falta. Entendemos que antes de llegar al copago hay muchas cosas que se pueden hacer. Y este Gobierno —la ministra lo ha manifestado en repetidas ocasiones—, tiene una conciencia clara de que mientras esté en su cargo no se llevará a cabo ningún tipo de copago.

Hablaba finalmente de los costes de producción, la diferencia entre costes de producción y el valor o el precio de los medicamentos. Están llegando a la Comisión de precios algunas compañías que ofrecen precio plano,

es decir que cueste lo mismo un paquete de 14 que de 28 comprimidos, como un reflejo claro de que el coste de producción de la materia prima es prácticamente imposible. Lo que se está pagando es la innovación, el desarrollo, todo el I+D que ha tenido esa molécula. Nosotros entendemos que eso hay que recompensarlo. Los derechos de propiedad nos permiten tener acceso a los medicamentos más innovadores para nuestros ciudadanos, pero una vez terminado ese período de protección debemos intentar y acercar lo máximo posible el coste de producción al precio del producto. Ese es nuestro objetivo cuando hablaba de bajar el precio de los genéricos.

Se ha comentado por el Grupo de Convergència i Unió la falta de análisis económico, un comentario que me ha sido especialmente cercano. No pensaba contar todo esto pero como se me ha pedido lo voy a hacer. **(La señora López i Chamosa; Queremos acabar hoy.— Risas.)** Voy a intentar ser breve. Como ha comentado, y ha sido una mención muy oportuna, hablar del gasto farmacéutico sin hablar de sus causas no deja de ser más que comentarios de unas personas todas preocupadas por el gasto farmacéutico pero que no nos va a llevar demasiado lejos. Me parece que en ese sentido debemos incidir y estudiar que hay detrás. Después me iré refiriendo a ello mes a mes, a lo que ha sido este año. El incremento del gasto farmacéutico, a lo largo de este año, se ha debido fundamentalmente al incremento del número de recetas. Aprovecho para decir que el ministerio decidió desde el verano que en cuanto las cifras de gasto farmacéutico nos lleguen a la Dirección General de Farmacia, a la ministra y al subsecretario, inmediatamente hay una instrucción clara para que se pongan en la página web del ministerio, porque entendemos que es deber nuestro que todos los agentes económicos o los que actúan aquí tengan información clara. Por eso con muchísimo gusto voy a dar el dato pero si las personas de la Subdirección de informática han cumplido esa instrucción, que yo creo que ha sido así aunque no he comprobado la de noviembre, está en la página web. El dato del mes de noviembre que se me ha pedido es que el incremento del número de recetas, mes a mes, es del 3,86 y el gasto está en el 8,74. El acumulado de cada mes del año en el mes de noviembre el incremento del número de recetas es el 6,35 y el nuevo 81. Lo que nos importa es que en incremento del número de recetas, el acumulado interanual, estamos en noviembre en el 6,74 y en gasto medio por receta en el 3,22, lo cual hace un 10,18. Ese es el último dato que tenemos de acumulado interanual. Como se ve en estas cifras, lo que está tirando del gasto es significativamente el número de recetas. El gasto medio por receta se ha mantenido medianamente estable entre el 2,8 y el 3,8 a lo largo de todo el año y ha sido la causa el crecimiento de recetas. ¿Por qué entendemos que ha habido ese crecimiento del número de recetas? Por una universalización de la cobertura de la presta-

ción farmacéutica. Sólo quiero recordar un dato. En el año 1982 la prestación farmacéutica alcanzaba una 84 por ciento de la población, hoy alcanza al 99 por ciento. En segundo lugar, un dato que nos parece también significativo es el envejecimiento de la población. Es muy bien conocido —de hecho el sistema de financiación que rige el gasto sanitario contempla esta variable— que contar con personas mayores supone unos gastos también de medicamentos muy superiores al de un activo. En tercer lugar, ha habido una ampliación de los colectivos con derecho a prestación. Me estoy refiriendo básicamente a VIH, sida, que son los medicamentos como saben probablemente de los más caros de nuestra farmacopea, y por otro lado a la incorporación a nuestra sociedad de un número importante de inmigrantes. Voy a aprovechar para dar el dato de Cataluña porque es bien conocido y ha sido el que ha sacado la cuestión: se han dado en el último año 45.000 nuevas tarjetas sanitarias a inmigrantes, lo que supone una carga querida porque participan y proporcionan mucho al sistema pero es una realidad. Este ha sido el primer año en que el copago ha disminuido respecto a los años anteriores. Ahora hay más tarjetas. Antes las recetas rojas aumentaban más que las verdes en proporción y ahora ha ocurrido lo contrario, por primera vez las verdes aumentan más y por tanto el porcentaje de copago se ha reducido. La actividad del sistema sanitario en temas de hipertensión, insuficiencia cardiaca y renal ha ampliado sustancialmente el número de personas tratadas y de tratamientos y también es un hecho fundamental que ha supuesto ese incremento de recetas. Aun así, la prescripción de medicamentos genéricos, a la que me he referido antes y de la que me gustaría también dar datos, ha pasado de ser 3 millones de euros en 1998, cuando prácticamente no existían, a 110 millones en el año 2001. Voy a dejarles el análisis que hemos hecho mes a mes de las causas que han generado el crecimiento del gasto. Y sí quiero salir a defender que cuando se dijo lo de la gripe era cierto, no era simplemente una excusa que daba en aquel momento la ministra. Voy a dar un dato. En el mes de febrero hay un crecimiento del 15,49 del grupo de antiinfecciosos de antibióticos. Respecto a los del aparato respiratorio, expectorantes y antitusígenos, que en el 2001 se habían reducido en un 0,76, aumentaron un 21,12 en el período enero-febrero del 2002. Es decir que realmente pasamos unos meses bastante malos. Insisto en que estos datos los dejaré para que los vean.

Me gustaría insistir en una cosa porque a veces comprendo que en esta Comisión se puede tener la sensación de que hablamos de las mismas medidas muchas veces, sobre todo los que llevan aquí más tiempo —yo soy bastante más nuevo que ustedes— y a lo mejor están hasta cansados de que siempre se hable de lo mismo, de los medicamentos genéricos, de la unificación, de los precios de referencia. Todos tenemos bastante claro cuáles son las causas del crecimiento del gasto

farmacéutico y cuáles son las posibles recetas a desarrollar. Lo difícil es implementarlo. Me van a permitir que vuelva a citar la reunión que hubo con los directores generales de farmacia de las comunidades autónomas. Comentábamos el crecimiento del gasto de recetas, que todo el mundo es muy consciente de que es lo que está tirando del gasto hacia arriba, y pedíamos a las comunidades autónomas un compromiso de reducción o control del número de recetas. Las comunidades autónomas nos decían: Hay que establecer objetivos también en esta materia, igual que tenemos objetivos de cuánto crece el gasto medio por receta para que no nos pase nunca de un determinado límite. Las comunidades autónomas, que también se sienten corresponsables, se preguntan con qué instrumentos cuentan para controlar el gasto medio por receta. No porque no quieran sino porque realmente no es en la situación que nos encontramos y que ha habido desde los años noventa al menos, por no irnos más lejos, resulta muy difícil controlar la prescripción que hace un médico con un paciente porque hay un déficit de información, hay una información asimétrica que va a ser imposible o es muy difícil reducir.

Paso a los comentarios que se me han hecho desde el Grupo Socialista. Entiendo que la ministra no está aquí porque la junta de portavoces tomó esa decisión, no porque yo tenga ninguna intención de suplantarla. Asumimos plenamente la política farmacéutica, como es lógico, que ha hecho este Gobierno desde el año 1996 y nos parece —así querría destacarlo— que ha sido eficaz. La cuantificación que hemos hecho es que desde el año 1996 las medidas que se han puesto en marcha por los sucesivos gobiernos del Grupo Popular han supuesto un ahorro para el sistema de alrededor de 370.000 millones de pesetas; las medidas de precios de referencia, genéricos, modificación de márgenes, etcétera. Esa es la cuantificación que hemos hecho. Me gustaría poder darles el detalle y si lo quieren se los proporciono posteriormente por no diferir la reunión más. Entendemos que las medidas son eficaces y que están haciendo efecto, y que el efecto de muchas de estas medidas, sobre todo las de precios de referencia y genéricos, irán teniendo cada vez más peso en grupos como la ranitidina o la amoxicilina. Conforme se vayan incorporando nuevos grupos homogéneos que tienen un importante peso en la factura farmacéutica en los genéricos creemos que van a seguir siendo eficaces.

La regulación de los artículos 17 y 18 ya la he comentado. La idea es concretar con las comunidades autónomas, una vez que se han adoptado estas medidas, el detalle de estos reales decretos. Insisto en que nosotros no creemos que las comunidades autónomas son simplemente unos espectadores que ven cómo el Gobierno acuerda con los agentes de la cadena del medicamento las medidas que hay que adoptar. Nosotros entendemos que las comunidades autónomas son corresponsables y copartícipes porque tienen que poner

en marcha una parte de esas medidas y porque tienen que pasar a decidir el alcance de las mismas.

Consideraciones concretas que se han hecho y que creo que no he contestado todavía se refieren a los expedientes homeopáticos y al silencio positivo. Con total certeza puedo decir que el silencio que según se establece rige en este caso es el negativo, no así en la financiación; en la financiación de los productos lo que rige es el silencio positivo y en la autorización el silencio negativo. Es lo que tengo entendido. Si tengo que corregirme me corregiré, pero insisto en que tengo entendido que es así.

Respecto a la situación de los 18.000 ó 19.000 expedientes que hay de productos homeopáticos no tengo ahora mismo el detalle y, dado que la primera parte no está muy certera, preferiré informar a la Cámara posteriormente.

Respecto a cuánto dinero ha ingresado en el Carlos III, le puedo dar la cifra actual pues pensando que me la podían pedir la solicité. La primera cantidad que había que ingresar —los pagos son trimestrales— a 30 de septiembre fueron 30 millones de euros y el importe del segundo pago fue 25.597.000 euros. ¿Cuánto de este dinero va a parar a investigación? La respuesta es todo. Y digo más. Hoy está reunido el Consejo interterritorial, no los consejeros sino los representantes de investigación, para decidir cuál va a ser el destino o qué redes se van a aprobar de las que están propuestas.

Respecto a importaciones o exportaciones paralelas, como saben el ministerio está tramitando un real decreto de modificación del artículo 100 para evitar —no es el objetivo primordial, que es conseguir la trazabilidad de los productos y asegurar el abastecimiento—, como efecto colateral y buscado, las exportaciones paralelas. En cuanto al gasto en farmacia hospitalaria no cuento con el dato y lo facilitaré posteriormente. El DCI ya lo he comentado. En cuanto a si son unas bases para un acuerdo o un acuerdo el que hay con el Colegio farmacéutico, entendemos que es también un acuerdo y no que por llamarse bases para un acuerdo nos obligue menos a nosotros de lo que obliga como si fuera sólo un acuerdo.

Se ha planteado cuál va a ser la política del ministerio respecto a las prescripciones publicitarias, tema que se ha planteado a las comunidades autónomas para que sean ellas las que nos sugieran su criterio. La idea del ministerio es desarrollar e impulsar estas especialidades publicitarias.

A la participación activa de las comunidades autónomas ya me he referido. Finalmente, en cuanto a los medicamentos adversos que afectan a la conducción, la Comisión interministerial de seguridad vial, que se reunió el lunes pasado, acordó para el Plan de seguridad vial del año 2003 poner en marcha que en el etiquetado de los fármacos se incorpore una indicación, como ocurre en Francia, que diga que puede afectar. Como saben, en el prospecto de los medicamentos ya lo dice; ahora de lo que se trata es de avanzar y dar un paso ade-

lante. Nadie se lee el prospecto y por eso hay que ponerlo en el etiquetado.

Al Grupo Popular quiero agradecerle los comentarios que ha hecho, especialmente los relacionados con las estadísticas de gastos europeos, que nos parece que encuadran con bastante claridad cuál es nuestra situación; también los referidos al gasto en número de recetas. Me gustaría precisar un poco lo que se ha hablado de la necesidad del papel de los médicos en la dispensación. Entendemos que los médicos son protagonistas esenciales en la prescripción de medicamentos, que debemos contar con ellos y que si queremos hacer realidad una adecuación de la prescripción son insustituibles. En cambio no consideramos que haya que hacer una bajada generalizada de productos que probablemente no fuera lo eficaz que a todos nos gustaría. Querría remarcar el interés que tiene el ministerio y la prioridad que le da al programa de unidosis con antibióticos. El objetivo es, insisto, que en pocas semanas pueda estar este programa en marcha.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario, por su exhaustiva comparecencia.

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LAS ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES Y USUARIOS QUE FORMAN EL CONSEJO DE CONSUMIDORES Y USUARIOS, PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002859.)**

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002860.)**

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJE-**

CUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS, PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002861.)

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (FEFE), PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002862.)**

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA FEDERACIÓN DE DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA MAYORISTA (FEDIFAR), PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002863.)**

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE SITUACIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS ACUERDOS SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y FARMAINDUSTRIA, PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. (Número de expediente 181/002864.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día en el que, por acuerdo de la Mesa y portavoces y con el consentimiento de la señora Julios, a la cual este presidente se lo agradece, las seis preguntas quedan todas unificadas en una. Para su presentación y defensa tiene la palabra su señoría.

La señora **JULIOS REYES**: Señor presidente, las preguntas obviamente están muy relacionadas con el

tema de que estamos hablando y con ellas se pretende conocer cuál es la situación y grado de cumplimiento de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los diferentes intervinientes en la cadena del medicamento, es decir, Asociación de consumidores, Colegios oficiales de médicos, Colegios oficiales de farmacéuticos, Federación empresarial de farmacéuticos, la de distribución y por último Farmaindustria.

Intentando ser breve porque todo el mundo me lo ha pedido, en su momento hicimos estas preguntas y consideramos que sigue siendo necesario hacerlas por lo siguiente. Por un lado, por conocer al detalle el seguimiento que se está haciendo y, por otro, la valoración del impacto de los acuerdos suscritos con cada uno de los interlocutores. Ya hemos expresado en el anterior punto del orden del día y también en otras comparecencias que desgraciadamente no compartimos la opinión de que el pacto en su momento firmado con todos estos sectores fuese a cumplir realmente con el espíritu de lo que en su momento propició, que fue la moción de la que hemos hablado todos en este día. Lo digo porque es un elemento fundamental que está y va a seguir influyendo en la potencialidad de los efectos que pudieran producir estos acuerdos en los interlocutores de los diferentes sectores y en la búsqueda de sinergias entre la Administración central del Estado y las administraciones autonómicas. Es una reflexión que hago no con la intención de mirar hacia atrás, que siempre es importante, sino hacia delante. Señorías, la moción decía claramente que se diseñara este plan integral conjuntamente con las comunidades autónomas a través del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pero estas condiciones no se dieron y todos lo sabemos porque estamos en comunidades autónomas que tienen consejeros, que hablan con nosotros, que no conocían el documento por escrito, ni fue objeto de un debate en el Consejo interterritorial sino a posteriori. Es importante el impacto de estas medidas en la realidad, porque lo que hay que mirar es la realidad. Recuerdo que se firmó por el ministerio, en su momento por la ministra como presidenta del Consejo interterritorial, y este hecho no debe volver a ocurrir. Para garantizar la cohesión en el seno del Consejo interterritorial, las formas de relacionarse tienen que cambiar tangencialmente. Hubo lógicamente conversaciones porque se firmó por cada interlocutor, pero el tratamiento que se les dio no fue igual. Además de las conversaciones en paralelo que se puedan realizar entre todos ellos, sería importante buscar foros comunes. En Canarias tuvimos experiencia —aquí hay diputados que estuvieron presentes— de buscar foros comunes entre la Administración y los diferentes interlocutores: industria, colegio farmacéutico, distribución, usuarios, etcétera. Esto es importante para otro punto que no se cumplió en el desarrollo de este pacto y que hoy trae sus consecuencias, que es hacer un diagnóstico común. Para hacer un diagnóstico común es necesario que hablemos todos un

mismo lenguaje que nos escuchemos para llegar a puntos de encuentro que den resultados y eso pasa por conversaciones en canales paralelos y en foros comunes en donde se contrasten posiciones, intereses, cifras y posibles alternativas.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): Voy a intentar también ser breve y contestar no sólo a las preguntas, sino también a lo que ha comentado la señora diputada.

Por empezar por el final, nosotros coincidimos plenamente en la necesidad de que existan foros comunes, por eso tenemos un interés claro en que en un futuro inmediato, haya una única comisión de seguimiento de todos los acuerdos en la que estén tanto los médicos, como los farmacéuticos, Farmaindustria, distribución y las comunidades autónomas —si quieren, como es lógico no se va a obligar a nadie—, para que tengan conocimiento directo de lo que suponen los pactos. Compartimos la necesidad de que no haya compartimientos estancos y de que los pactos sean conocidos por todos para hacer un diagnóstico común. Informalmente el ministerio intenta realizar ese tipo de foros, que a veces, como sabe muy bien S.S., no son sencillos, porque los sectores no opinan muchas veces en la misma dirección. Dicho eso, vuelvo a insistir en que, con independencia de la génesis, de entrar a calificar si el modo de llevarlo a cabo fue el más adecuado —probablemente lo juzgarán los que nos siguen a todos—, quiero reiterar aquí la voluntad del ministerio de adoptar con las comunidades autónomas —insisto en que son corresponsables con nosotros del gasto farmacéutico— las medidas oportunas, así como nuestra intención de ser exigentes con ellas. Tenemos que exigir a las comunidades autónomas que tengan planes de actuación de gasto farmacéutico pues no pueden pensar que el Estado central —todos somos Estado— se lo va a dar todo hecho; tienen que tener planes de actuación, tienen que tener objetivos claros y tienen que tener medidas concretas, igual que el Estado. Eso es lo motivó las reuniones que hemos tenido y lo que movió a que el gasto farmacéutico fuera uno de los puntos del orden del día del último Consejo interterritorial, que se vuelva a ver en el próximo consejo, que haya habido esta reunión con los directores de Farmacia y que sigamos hablando y consensuando esas medidas.

Por entrar en las preguntas concretas del orden del día de hoy, voy a detallar muy brevemente las actuaciones que se han ido desarrollando en el pacto. En primer lugar, en el pacto de Farmaindustria se han hecho básicamente cuatro tipos de actuaciones. Con el artículo 100 de la Ley del Medicamento se trataba de estudiar cuáles podían ser las posibles soluciones para asegurar el abastecimiento, la trazabilidad de los productos y el

famoso comercio paralelo, que, como bien saben S.S.S., les afecta de manera muy singular a algunas industrias, y en principio el Sistema Nacional de Salud no lo soporta. Fruto de esos acuerdos son unos principios que hemos enviado a otros sectores de la cadena, básicamente los distribuidores, para ver cómo podemos conciliar los intereses de todos y conseguir el objetivo que al ministerio le mueve en esta materia, que es asegurar la trazabilidad de las especialidades farmacéuticas y asegurar su abastecimiento. Hubo un segundo grupo de trabajo sobre propiedad industrial, que pretendía clarificar aquellos aspectos sobre la protección de datos y la posibilidad de desarrollar —ese es el interés del ministerio— especialidades farmacéuticas genéricas de manera inmediata a cuando se acabara ese período. Ese es básicamente el motivo por el que tenemos este punto en el pacto. El tercer grupo es el relacionado con inversiones en I+D+I. De lo que se trataba es de hacer un seguimiento de las inversiones en I+D+I que realizan las compañías farmacéuticas; las de los retornos se fijan en el Consejo interterritorial con el Carlos III. Había un compromiso en este pacto por parte de la industria en que ellos debían dedicar a investigación propia una serie de recursos que ahí se contemplaban. Finalmente, el cuarto grupo de trabajo ha sido el de los genéricos. Este grupo se ha reunido en cuatro ocasiones. Lo que busca básicamente es ver procedimientos que permitan optimizar el acceso de las especialidades en el mercado. Ya hemos comentado lo de las aportaciones, por lo cual voy a obviar este punto.

En relación con el Colegio Oficial de Médicos, las actuaciones que se han llevado a cabo en los grupos de trabajo se referían, en primer lugar, a la tarjeta sanitaria y a la tarjeta electrónica. Es un grupo similar al que existe en el caso de los farmacéuticos y lo que busca es determinar un esquema de certificación de los sistemas de información de tarjeta electrónica para que puedan ser compatibles, recogiendo sus aportaciones. El segundo grupo que se ha llevado a cabo con los médicos es el relativo a la farmacovigilancia. El objetivo en este caso es conseguir en el flujo de información (me he referido bastante a ello en la comparecencia) de reacciones adversas, tarjeta amarilla, etcétera, buscar un procedimiento más ágil que el de tarjeta amarilla y llevar a cabo cursos de formación de formadores en aspectos relacionados con farmacovigilancia. En tercer lugar, había un grupo sobre formación e información médica, en genéricos y uso racional del medicamento. De lo que se trataba aquí era de regular las características que pudieran ayudar a que los médicos prescribieran más genéricos y se han establecido con cada colegio provincial unos cursos sobre protocolos clínicos que ayudan a prescribir con mayor frecuencia los medicamentos. Finalmente había un grupo sobre prescripción y dispensación, cuyo objetivo era garantizar que las sustituciones de las especialidades farmacéuticas se realizaran únicamente en los casos establecidos por la

Ley del Medicamento. Había, como saben SS.SS. —y los voy a aunar— dos acuerdos con el Colegio Oficial de Farmacéuticos y con la FEFE —la Federación de Farmacias— con objetivos muy similares.

¿Qué se ha hecho en este año? Básicamente, se ha actuado en tres grupos de trabajo. Uno relacionado con la atención farmacéutica básica, cuyo fin es mejorar la asistencia que se ofrece a los usuarios desde la farmacia y la posibilidad de desarrollar una normativa que desarrolle la atención farmacéutica. Este es un tema en el que estamos trabajando actualmente y ha habido numerosas reuniones, como es lógico.

Ya me he referido en el caso de los médicos a la tarjeta amarilla y a la tarjeta electrónica. Aquí ocurre lo mismo, porque es lógico dado que es la otra parte. En esto ha habido también cinco reuniones y (es el punto positivo) ya hay un acuerdo entre médicos y farmacéuticos sobre cómo debe hacerse lo relativo a estos asuntos. Había otro grupo sobre asuntos económicos, relacionado con las posibles modificaciones a los márgenes y descuentos establecidos por el Real Decreto 5/2000. Este grupo se ha reunido también en numerosas ocasiones y se han hecho algunas propuestas sobre modificación del precepto que establecía que cuando un producto superara los 75 ó 78 euros habría un margen fijo y sería posible su modificación. Con los mayoristas de la distribución, los acuerdos iban básicamente dirigidos a asegurar el abastecimiento, para hacer efectiva en las reuniones que ha habido la aportación económica y poner en marcha, como comentaba antes, el desarrollo del artículo 100 de la Ley del Medicamento. Finalmente, con los consumidores y usuarios había también un acuerdo dirigido a proporcionar a los pacientes la información más adecuada en educación sanitaria. Aquí básicamente hemos actuado en dos aspectos: en formación de formadores —voy acabando, presidente— y en uso racional del medicamento, es decir, en cursos de formación destinados a personas que el Consejo de Consumidores y Usuarios determinaban; promoción de modos de vida y comportamientos saludables; conocimiento de los ciudadanos sobre las enfermedades, síntomas y síndromes menores; riesgos inherentes a la automedicación, al que damos mucha importancia, y fomento y utilización de especialidades farmacéuticas genéricas. Lo segundo que se ha llevado a cabo con este grupo ha sido la coordinación de campañas informativas este año y ya están previstas dos campañas posibles para el próximo año.

El señor **PRESIDENTE:** La señora Julios tiene la palabra.

La señora **JULIOS REYES:** Intentaré también ser breve. Me consta que se están realizando reuniones de seguimiento con cada uno de los sectores. El comentario genérico es que es importante que se incorporen las comunidades autónomas al seguimiento de esos pactos

y que se concrete la búsqueda de esos foros comunes de debate. Soy consciente de lo difícil que es porque en momentos determinados puede haber intereses encontrados. No obstante, apostaría por que se intentara avanzar por ese camino. Muchas de las cosas que nos ha comentado se están trasluciendo poco, desde el punto de vista del conocimiento del ciudadano y de las comunidades autónomas. Lo que importa en última instancia es el impacto de las medidas, y que se trasluzcan, no el que se llegue a acuerdos.

Me referiré específicamente a algunos de los puntos, obviamente, no a todos. El primero es el relativo al diagnóstico, y vuelvo otra vez al foro común. El portavoz del Partido Popular decía con anterioridad que tenemos que valorar las cosas con relatividad, puesto que si comparamos nuestras cifras en medicamentos con las de otros países de Europa, vemos que ocupamos una posición media. Me congratulo de escuchar esas palabras, porque recuerdo el debate que hubo en la Cámara sobre el Real Decreto 5/2000, cuando se utilizaron argumentos contrarios. Entonces yo decía que había que ser relativos a la hora de valorar los indicadores, que eran necesarias urgentemente medidas coyunturales, que son las que hacen que en los dos últimos meses de cada año contengamos el gasto un poco. Pero, a mi modo de ver, no es una política continuada, que tenga efecto a largo plazo. Entonces se argumentaba que el porcentaje del gasto en medicamentos en España ocupaba los primeros lugares respecto a los demás países, pero yo puntualizaba que había que valorarlo de forma relativa, porque el denominador que tiene que utilizarse para comparar es la población, es decir, el consumo y el gasto medio per cápita. El ministerio y el portavoz del Grupo Popular rebatían en aquel momento este argumento, que es aplastante desde el punto de vista epidemiológico cuando se quieren hacer comparaciones. Me parece bien que estemos ahora en este camino y que busquemos nuevos indicadores que introduzcan el denominador de la población adscrita. Y ojalá que se avance con rapidez, porque, como hemos comentado en alguna ocasión, uno de los principales problemas para asegurar la cohesión desde el punto de vista de financiación del sistema es que nos pongamos de acuerdo en cuanto a la población protegida, porque muchas veces estamos utilizando denominadores basados en censos que están bastante desfasados (lo comentaba la portavoz del Grupo Catalán, Convergència i Unió, y nosotros también), porque la población inmigrante, no sólo la ilegal sino también la legal, no figura en los censos.

Si caminamos en esa dirección podremos también concluir (espero que ocurra como ahora cuando se me da la razón en la importancia de los indicadores que se utilizan para comparar) que estamos en los niveles medios de gasto en medicamentos en Europa. ¿Qué es lo que está ocurriendo? Que los precios medios del medicamento en España respecto a los europeos nos

están metiendo en una encrucijada. Debido a que el gasto medio en financiación sanitaria no es comparable al del resto de los países desarrollados de nuestro entorno europeo, conforme aumenta el gasto en farmacia se incrementan las dificultades para dar el resto de prestaciones que necesita el sistema.

Es importante hacer un comentario, y voy terminando, señor presidente. Estoy absolutamente de acuerdo en que no es sólo el Ministerio el que tiene que hacer planes integrales ante este tema, sino que también tienen responsabilidad las comunidades autónomas. No debemos entrar —no lo digo por el compareciente, es sólo una reflexión— en el rifirrafe de quién hace más, quién hace menos, qué hacen ustedes, qué hacemos nosotros. No es ese el sentir de nuestro grupo.

Todos sabemos que cuando se toman medidas para contener el gasto, siempre se produce un efecto rebote porque los sectores implicados en este tema llevan el gasto hacia otras variables. Y es cierto que ahora el gasto medio en recetas es el que está produciendo un tirón en el crecimiento del gasto. ¿Qué ocurre? Yo creo que es importante y por eso insisto en el diagnóstico: el perfil está cambiando. Hasta la década de los noventa, lo que estaba tirando no era tanto el incremento medio del número de recetas, sino el incremento medio del precio, lo que se gasta en cada receta. En aquel momento el tirón estaba en el coste de los medicamentos nuevos que se estaban introduciendo en el mercado. Las medidas que se han tomado, léanse precios de referencia, medicamentos genéricos, han actuado sobre esa variable. El efecto rebote significa que los sectores, fundamentalmente de la industria, para mantener el mismo nivel de facturación tienen que incrementar el número de recetas, aparte de que es cierto que juegan las variables que todos conocemos de aumento de la demanda, aumento de la población, aumento de la tercera edad, aumento de enfermedades crónicas, etcétera. Por eso es importante el desarrollo de la normativa en cuanto a promoción del medicamento. Son vasos comunicantes y, en consecuencia, las políticas tienen que ser integrales.

No soy quién para hablar de los demás, pero por lo que he escuchado a los portavoces de los demás grupos, lo importante es retomar el consenso, porque si los grupos políticos están de acuerdo cómo no lo van a estar las comunidades autónomas, porque en ello, señorías, les va la vida. Nada más.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): En primer lugar, quiero reiterar nuestro compromiso o nuestra voluntad de incorporar a las comunidades autónomas en el seguimiento de los acuerdos, a esos grupos en ese diagnóstico común o esos foros comunes de debate.

En segundo lugar —por ir muy rápido—, coincido en la necesidad de tener cuenta a la población protegida y en conocerla en realidad. De ello que demos una especial relevancia en la Ley de cohesión y calidad, a la que me voy a referir muy brevemente, a tener una base común de datos de tarjeta sanitaria, que en el fondo es de población protegida. Va a ser la única manera de hacer realidad esa tarea. Todos somos conscientes de que hay duplicaciones de que los datos no se corresponden con la realidad. También hay que insistir en la nueva financiación autonómica, que ha sido aceptada unánimemente por todas las comunidades autónomas. Hay mecanismos de ajuste para cuando pueda haber crecimientos importantes de la población protegida. Como todas SS.SS. saben, hay una población, por ejemplo, inmigrante, con un crecimiento muy numeroso en alguna comunidad autónoma, por lo que están establecidos los mecanismos de ajuste. Por lo que se ha comentado, hay un acuerdo bastante completo. Lo único que me resta aquí es comprometerme a, una vez hayamos alcanzado un acuerdo con las comunidades autónomas (debemos trabajar con ellas de forma cercana), traer a esta Cámara lo logrado para que SS.SS. puedan discutirlo, decirnos cuál es su opinión o cómo lo debemos mejorar.

Finalmente, quiero hacer un simple comentario respecto al gasto medio europeo. Sospecho que va a ser un tema que nos va a cambiar mucho a los próximos meses, porque con esto de la Europa a veinticinco de pronto vamos a pasar a ser lo que no éramos y vamos a dejar de ser lo que éramos. Sospecho que cuando hagamos comparaciones en los próximos meses tendremos que decir: cuando Europa era lo que era y no es lo que es.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos al señor subsecretario su comparecencia, le despedimos y continuamos con el orden del día.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO ECONÓMICO PREVIO A LA INCLUSIÓN EN LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN DETERMINADOS COLECTIVOS DE PACIENTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001463.)**

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con el orden del día: debate y votación de las siguientes proposiciones no de ley. En primer lugar, proposición no de ley sobre realización de un estudio económico previo a la inclusión en la financiación pública de los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil en determinados colectivos de pacientes. El grupo proponente

es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Voy a intentar ser lo más breve posible. Precisamente en estos momentos, después de oír todo el debate sobre el medicamento, traer a la Comisión una proposición de estas características que persigue incluir, a través de un estudio, un nuevo medicamento en la Seguridad Social, tiene sus dificultades. Es obligación nuestra el control del gasto farmacéutico, es un objetivo de todos los grupos parlamentarios el control del gasto, pero también es verdad que es obligación de los poderes públicos cuidar del bienestar de la población. Hoy traemos aquí esta medida, porque hay una serie de colectivos que tienen dificultades cuyas enfermedades les impiden llevar una vida normal como la de cualquiera de nosotros.

El 10 de abril debatíamos aquí la iniciativa de incluirlo ya; durante el debate la portavoz del Grupo Popular la señora Reyes Montseny hablaba de que ya el Gobierno (hizo mención a un diputado, el señor diputado Gil Melgarejo) había iniciado un estudio. Bueno, seguramente algo se habrá hecho, pero la realidad es que ha pasado todo este año, desde abril, y el estudio sigue sin hacerse. Bien es cierto que los colectivos de afectados han hecho un estudio. Yo simplemente les voy a hacer dos menciones muy breves, para ver un poco de lo que estamos hablando y lo que estamos pidiendo. Podemos pensar que estamos pidiendo grandes cosas con grandes costes, pero tampoco estamos hablando de tantas cantidades, aunque sean importantes. Cuando hablamos dentro el conjunto del coste del medicamento lógicamente las cifras son relativas. Hablando de lo que afectaría, por ejemplo, por empezar por un colectivo, a los diabéticos; hablando de los varones mayores de dieciocho años, partiendo de una población, según el censo que tenemos, de casi 41 millones de españoles; repito, hablando de los diabéticos, el colectivo al que afectaría sería de un 3,9 por ciento, es decir, seiscientos diecinueve mil ciento y pico. Teniendo en cuenta la demanda del colectivo a que puede afectar y si es efectiva o no, así como el número de gente que pueda seguir este tratamiento, estaríamos hablando de un coste por comprimido de 7,43 euros; un coste mensual de 4 comprimidos de 29,74 euros. Con ello estaríamos hablando de un coste para la sanidad pública en torno a los 4,21 millones de euros el primer año; en cuatro años podríamos llegar a los 11 millones de euros. Si hablamos de los de lesión medular, estaríamos hablando de 3 millones de euros, llegando el cuarto año a los 5,67 millones de euros. Seguramente son muchas pesetas y el coste es muy importante. Pero, señorías, permítanme leerles la definición que hace la Organización Mundial de la Salud sobre la definición de salud sexual. Dice: La salud sexual es la experiencia del proceso permanente

de consecución de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso, personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos de las personas se reconozcan y se garanticen. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la presidencia.)**

En definitiva, lo que estamos haciendo, señorías, es reconocer que tenemos un colectivo muy importante de ciudadanos de nuestro país que por causas de su propia enfermedad, de la medicación que usan, tienen una disfunción que no les permite disfrutar de una vida plena, que impacta negativamente en su relación con la pareja, que afecta gravemente a la calidad de vida de los pacientes que sufren estas consecuencias y, lógicamente, su autoestima y su estado emocional se ve afectado. ¿Qué sucede? Pues que todo eso, señorías, afecta nuevamente al desarrollo como persona. Estaríamos a lo mejor entrando en un círculo vicioso, todo esto les lleva a caer en una depresión, a agravar su estado, a más medicación, a más gasto farmacéutico y a más gasto en sanidad. Por lo tanto, creo que deberíamos de hacer un esfuerzo por solventar este problema.

El Grupo Popular (para ir adelantando) nos ha hecho llegar una enmienda. Es cierto que cambia el sentido de la proposición que nosotros habíamos hecho. ¿Por qué? Porque nosotros poníamos un imperativo inmediato, poníamos un plazo de tres meses para hacer un estudio; también es cierto que nosotros hacíamos referencia a colectivos concretos de afectados, y la propuesta del Grupo Popular dice que el propio estudio nos diga aquellas patologías que se consideren adecuadas. A lo mejor es más amplia. Repito: no es lo que nosotros queríamos por una sencilla razón, porque nosotros creemos que llevamos ya suficientes meses hablando de esto, hemos tenido suficiente tiempo para haber realizado el estudio, y no se ha hecho. También somos conscientes de que en la democracia parlamentaria los votos mandan y, lógicamente, yo prefiero avanzar un paso que perderlo. En ese contexto vamos a aceptar la enmienda que nos ofrece el Grupo Popular, eso sí, pidiéndoles que trasladaran al Ministerio de Sanidad que realmente iniciaran este estudio de forma inmediata, que lo hicieran, que pudiéramos contar con él en un tiempo prudencial de tres o cuatro meses y que en el próximo período de sesiones pudiéramos realmente debatirlo o, si ya la ministra decide incluirlo por propia voluntad, felicitarla; si no, debatir la incorporación del medicamento de la disfunción eréctil dentro de la Seguridad Social y dar una solución a estos colectivos que nos la demandan.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Hay una enmienda a esta proposición no

de ley del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Montseny.

La señora **MONTSENY MASIP:** Con la venia, señora presidenta. Voy a intentar ser breve, por cuanto es verdad que el pasado día 10 de abril en esta Comisión ya se debatió de una forma extensa y pormenorizada ese tema. Quiero agradecer a la señora López i Chamosa, que me conoce muy bien, el tono que ha utilizado hoy en la defensa de esa proposición no de ley, aunque tengo que matizarle que no sólo cuentan los votos, que muchas veces cuenta también el sentido común, y creo que mi grupo, que tiene en este momento una mayoría absoluta, lo ha venido demostrando día a día, siendo capaz de consensuar con otros grupos parlamentarios acuerdos legislativos importantes.

De todos es conocido que el gasto farmacéutico en España es el más alto de Europa y concretamente hoy ha hecho una brillante exposición el señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Muchas veces digo que cuando hacemos propuestas (la señora López i Chamosa conoce muy bien que yo las comparto, porque el mayor grado de bienestar de los ciudadanos en España es lo que todos deseamos) hay que hacerlas racionalizando el gasto en un lado para poder extenderlo a otro. Como, repito, hemos visto el anuncio del Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con la política de gasto farmacéutico, tengo que decir que posiblemente podamos solucionar problemas que hasta ahora no habían podido ser llevados a cabo en función de este gran alto nivel de gasto farmacéutico. Por todo ello, tengo que decir que, como el ministerio ya mantiene conversaciones con distintas instancias para el posible impacto económico y la resolución del problema que se plantea en la presente proposición no de ley (además es el propio Parlamento el que ha sido encargado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Ley del Medicamento; concretamente el artículo 94 estudia problemas de esta índole), el Grupo Parlamentario Popular al que yo represento en este momento tendría a bien presentar una enmienda in voce, que espero que (se ha adelantado la señora López i Chamosa) tenga a bien aceptar, como también el resto de los grupos parlamentarios, en la que pediríamos que quedara la redacción de la proposición no de ley en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que inicie los estudios necesarios (hago un paréntesis: ya ha habido contactos y conversaciones previas) para determinar la conveniencia de incluir en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud los medicamentos indicados en la disfunción eréctil. El estudio deberá contener también la indicación de los citados fármacos en aquellas patologías que se consideren adecuadas. Así ya no nos ceñimos simplemente al problema que estudiamos hoy, sino que cabe incluso una mayor amplitud.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): ¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)** Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES:** Brevemente, quiero manifestar la posición de nuestro grupo de apoyo a la propuesta que hoy nos trae el Grupo Socialista en relación con el acuerdo que se ha plasmado, que acaba de ser expresado también por el Grupo Popular. Sólo he de hacer un breve comentario sobre que este es un ejemplo práctico de las consecuencias de lo que hemos venido discutiendo durante toda la mañana. Efectivamente, la prestación del medicamento cada vez es un elemento imprescindible para la prestación asistencial y también es un ejemplo práctico de cómo, si queremos abarcar la prestación, en este caso del medicamento, hacia nuevos retos que mejoren el bienestar de la población, como es el caso que hoy se trae, es imprescindible incluso para la sostenibilidad del sistema que dichas prestaciones, aparte de ir avaladas en un estudio previo de beneficios y costes que eso implica, fueran contempladas. Yo diría otra cosa más que no está reflejada ni en la iniciativa (corríjanme si me equivoco), ni en la enmienda que vamos todos a votar; me refiero a que además tendría que ser incluido con los aspectos de financiación, porque, si no, esto no es un saco sin fondo, porque vamos metiendo necesarias y fundamentadas nuevas prestaciones, pero si no va acompañado por la correcta financiación el sistema quiebra y nos metemos en un desequilibrio que en última instancia repercutirá negativamente en la calidad de la prestación que ofrezcamos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández del Capel Baños): Tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA:** Intervengo para felicitar la iniciativa socialista y a la señora Chamosa en particular. Como no puedo sustraerme a conocer ya que el Grupo Popular acepta la propuesta con esta enmienda in voce que nos han presentado, también deseo agradecer su sensibilidad, aunque, francamente, yo quería decir dos cosas. Este tema que estamos tratando aquí (tiene razón la señora Julios al decir que todo lo que no tenga financiación es papel mojado) es clave y fundamental para la salud. La sexualidad es una función tan fundamental para un ser humano como comer, dormir o beber; quien no come adecuadamente enferma, quien no bebe lo necesario enferma, quien no duerme lo necesario también enferma, como quien no mantiene relaciones sexuales plenas (porque la sexualidad no es el sexo, que es una cualidad que tiene cualquier especie animal, la sexualidad es una contribución de la cultura occidental que incorpora otros elementos, como la creatividad, la emotividad, la ternura, todo eso que hemos venido a llamar amor por consenso social, y eso es fun-

damental para los seres humanos, hombres o mujeres). No es de recibo que a estas alturas, habiendo soluciones, amplios colectivos sociales (estoy pensando en los diabéticos, pero hay otros) se vean privados de este derecho, que es el derecho a vivir la sexualidad de un modo sano y placentero. Por tanto, mis felicitaciones al grupo proponente y a la señora Chamosa, y ojalá que el Grupo Popular acepte con la misma diligencia que esta propuesta otras que traemos a la Cámara.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Deseo anunciar el voto favorable de mi grupo parlamentario a esta iniciativa y congratularnos y celebrar que al menos en esta ocasión la mayoría absoluta y el sentido común se hayan puesto de acuerdo, coincidan. Pensamos que ya bastante triste es que las personas padezcan una enfermedad y que la acarreen de manera crónica, para que encima, pudiendo corregirse una situación de disfunción eréctil, si la padecen, se les prive de tener un complemento importante, gratificante y que sin duda condiciona su buena salud mental; como todos sabemos la salud mental también es un requisito imprescindible para poder mejorar la salud física. Por lo tanto, si esto se aprueba, como hoy ha quedado claro que se aprobará por las manifestaciones de todos los portavoces, habremos posibilitado (pensamos que el Gobierno sea sensible y que actúe en consecuencia con lo que aquí se aprueba, que es la segunda parte), habremos ofrecido un punto de esperanza a una serie de personas que ya tienen bastantes dificultades para que se les niegue disfrutar, en lo que sea posible, de algo en esta vida. Nada más.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Esta presidencia entiende que la enmienda quedaría tal como fue presentada, pero con una enmienda in voce, según lo cual en el renglón primero se cambia la palabra promueva por inicie.

Para aceptar o no la enmienda, tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Sí, presidenta, ya dije con anterioridad que sí aceptamos la enmienda.

— **SOBRE ATENCIÓN SANITARIA EN CEUTA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001725.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Pasamos al punto 9.º del orden del día, proposición no de ley sobre atención sanitaria en Ceuta. Para su defensa, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Quiero defender en nombre del Grupo Socialista una proposición no de ley que pretende dar soluciones a una situación sanitaria en Ceuta. Hablo desde el conocimiento, porque visité Ceuta, visité la ciudad con este motivo hace mes y medio (abro un paréntesis, aclarando que quiero agradecer a las autoridades sanitarias y también a las autoridades del Ministerio de Defensa las facilidades que me dieron para conocer in situ los problemas que tenían los servicios sanitarios en conjunto de la ciudad); repito que hablo desde el conocimiento, in situ de los temas. Es una situación que, por resumirla, diría que está al nivel de los años sesenta en cuanto a la práctica sanitaria o la atención sanitaria o los servicios sanitarios que en aquellos años se daban en la Península. Por lo tanto, no tiene nada que ver; yo creo que no hay ninguna población con carácter urbano en el conjunto de la Península que tenga unos servicios sanitarios de la categoría tan ínfima como tiene Ceuta. Hay, por lo tanto, un sistema de servicios de atención sanitaria que están absolutamente desbordados, desbordados tanto por la oferta como por una demanda creciente; me explico. De todas SS.SS. es conocido que hay una presión asistencial fruto no solamente de la calidad de vida, que cada vez va exigiendo mejores y mayores servicios, sino también por la vecindad de Marruecos y el trasiego fronterizo de personas que provienen de ese país, con lo cual se produce una superpoblación en la ciudad de Ceuta, y a la vez una presión asistencial sobre el sistema primario de atención primaria en la sanidad. En cuanto al sistema de atención primaria (que como el propio ministerio, por boca de su responsable, la ministra, ha reconocido) se necesita y se pretende hacer un centro de atención sanitaria primaria que se valora en una inversión de 4,5 millones de euros. Por lo tanto, no tengo por qué describir más ese sistema de atención primaria, porque realmente está desbordado y es deficiente. Esto provoca a su vez una afluencia en el segundo escalón, que es en el hospital, en un hospital civil que era un antiguo hospital de la Cruz Roja; digo que se provoca una presión asistencial sobre todo en el sistema de urgencias del hospital. El sistema de urgencias se ve desbordado con una atención diaria de 100 a 150 pacientes por tres médicos, por lo tanto, con un personal deficitario o con escaso personal, como luego hablaré. A través de urgencias se producen múltiples ingresos, más de la media de lo que ocurriría en un hospital normal, la oferta de camas, como digo, es escasa y naturalmente se produce un círculo vicioso de falta de atención, falta de servicios que puedan ofertarse a esa demanda cada vez más creciente en la atención sanitaria de la ciudad de Ceuta.

En los primeros años de los noventa el Gobierno de entonces, el Gobierno socialista, inició una reforma de ese hospital de la Cruz Roja, como he dicho antes, que en el año 1996 se paralizó; se paralizó con una oferta del partido que entonces gana las elecciones de hacer

un nuevo hospital en la ciudad de Ceuta. Yo no voy a criticar esta decisión de paralizar la reforma del antiguo hospital, pero sí voy a criticar la oferta que ya en el año 1996 se hace de construir uno nuevo, no por la oferta en sí misma, sino porque en la actualidad de ese hospital todavía no se ha puesto ni la primera piedra, a pesar de las intenciones que sobre las primeras piedras ejercitan todos los ministros del actual Gobierno del Partido Popular. Pues bien, nos encontramos en una situación en la que paradójicamente ahora la nueva ministra dice no solamente que hay que hacer el nuevo hospital, sino también que hay que reformar el antiguo. Por lo tanto, seis años perdidos tanto para hacer el nuevo hospital como para las reformas. No es una reforma cualquiera, sino que estima una inversión para las reformas del orden de un millón de euros, por lo tanto, es una reforma importante, que va a tener sus consecuencias, y luego hablaré de ello.

Decía antes que existían problemas a nivel de personal; si nos fiamos (por qué no hacerlo) de los propios trabajadores del centro, ellos estiman, por ejemplo que en el servicio de urgencias hacen falta seis facultativos, en el servicio de cirugía se necesitan dos facultativos especialistas y un jefe de servicio, que no existe, y en el servicio de anestesiología dos facultativos más, además de un nuevo jefe de servicio, que no existe. Necesitarían, por no citar solamente especialistas o servicios médicos, 24 auxiliares de clínica, además de enfermeras o enfermeros y de diplomados universitarios en sanidad. Por lo tanto, señorías, hay problemas estructurales, hay problemas funcionales en la oferta sanitaria que se da para la atención a la ciudadanía de Ceuta. Aunque no se contempla en esta proposición no de ley, también quiero decir que existen graves problemas sobre las retribuciones y los regímenes de horarios de trabajo que realizan los sanitarios. Por ejemplo, no se está cumpliendo la sentencia de Luxemburgo de las 35 horas, no se está pagando lo mismo por las mismas funciones a los sanitarios de la Península en materia de guardias; se están haciendo guardias de no presencia física, lo cual da idea también de cuál es la calidad de la asistencia; y lo que es más grave, día sí y semana también hay una permanente evacuación de enfermos a la Península, porque allí se está en una situación de incapacidad para atender determinadas patologías. Pues bien, en esta situación que les describo muy someramente, dada la hora en la que estamos, en atención a todas SS.SS., hay a la vez un hospital militar que tiene más o menos cien camas, en números redondos, que es un magnífico hospital, aunque es antiguo, pero que está muy bien dotado de utillaje, de plantilla, aunque puede ser escasa para esas cien camas, pero tiene prácticamente todas las especialidades, pero que curiosamente cuando le visité no tenía más allá de una ocupación del 15 por ciento. La unidad de cuidados intensivos, para que se hagan una idea, estaba cerrada y ese día (era un día de labor) coincidió que no había tam-

co cirugía; por lo tanto, es un hospital que tiene varios pabellones y que, por decirlo claramente, no se está utilizando. Aquí viene otra de las situaciones de agravio más flagrante en lo que es una oferta de servicios públicos; los ciudadanos ceutíes no entienden cómo un hospital está absolutamente desbordado y cómo, por otro lado, otro hospital con otras cien camas no está abierto a la atención de sus ciudadanos que necesitan ser tratados, que están en listas de espera o que incluso son evacuados a la Península por falta de camas o por una patología determinada. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

Yo sé las ofertas porque aquí compareció la ministra nada más tomar posesión de su cargo e hizo ya una referencia sobre la sanidad en Ceuta. Sé también, porque he leído los periódicos de la ciudad, sobre su visita y las ofertas que ha venido haciendo; coinciden prácticamente con lo que se expone aquí, en la proposición no de ley del Grupo Socialista. Es decir, se pretende hacer un nuevo hospital; se quiere hacer un convenio con Defensa, o se ha hecho ya un convenio con Defensa en estos últimos días, posterior a la entrada en el Registro de esta proposición no de ley. Es lo que pretende esta proposición no de ley. Me dirán SS.SS.: Si la Administración está en ello, por qué hacer esta proposición no de ley. La razón es muy clara. La primera es porque hay una absoluta desconfianza en las promesas, porque —como digo— el hospital se viene ofertando desde hace seis años, aunque todavía no está el terreno a disposición del Ministerio de Sanidad o del nuevo Instituto de Gerencia de Servicios Sanitarios para Ceuta y Melilla para construir el hospital. Se pretende iniciarlo en el primer trimestre del año que viene (palabras de la ministra) y acabarlo en el 2006; mientras tanto, se van a hacer unas reformas en el actual hospital (y ahora voy a la alusión que dije que haría) civil y además un convenio con Defensa para la utilización de las camas.

En primer lugar queremos decir desde el Grupo Socialista que nos parece insuficiente la oferta o el diseño que la ministra ha presentado como maqueta en Ceuta. ¿Por qué? Porque dice que tendrá 180 o alrededor de 180 camas. Una ciudad como Ceuta, con la superpoblación que tiene añadida, requiere como mínimo entre 250 y 300 camas; si se va a dotar, como dice la propia ministra, de todos los servicios centrales y de todas las especialidades, evidentemente no se puede hacer un gasto con todos los servicios centrales para luego no tener suficientes camas de hospitalización para que esos servicios centrales y las consiguientes especialidades puedan atender a los pacientes. Eso queda dicho en nuestra proposición no de ley. Nos gustaría que se reforzara, por así decir o se modificara el criterio previo que ya tiene el ministerio sobre qué hospital se va a construir en Ceuta, por eso decimos que no sea un hospital que tenga menos de un 3 por mil de camas, y estamos en una cifra no muy alta, porque tam-

poco queremos ser excesivamente exigentes, sino realistas con las necesidades que se pueden dar de aquí al futuro en la ciudad de Ceuta.

En segundo lugar, el convenio con Defensa fue conocido por las declaraciones de la ministra en la prensa. Yo tengo que decir que esto no es un convenio. La ministra ha dicho dos cosas sobre el convenio, y es: que se va a dar cobertura en el hospital de Defensa, mediante ese convenio, a enfermos de baja complejidad (entre nosotros, enfermos sociosanitarios) y, segundo, se van a habilitar dos habitaciones (que las vi yo que se estaban rehabilitando) para enfermos psiquiátricos agudos. Este es el convenio que se va a hacer entre Defensa y Sanidad. Señoría, nosotros proponemos otra cosa. Puesto que se va a hacer una reforma que afecta nada menos que a los quirófanos del actual hospital de Ceuta, que afecta a la unidad de cuidados intensivos, por lo tanto, a la médula de la atención de enfermos agudos en la ciudad de Ceuta, está claro que se va a paralizar prácticamente la actividad de enfermos agudos en ese hospital civil, por lo que tiene que haber a disposición de los ceutíes y como servicio público la totalidad de las camas del hospital de Defensa; no va a poder ser de otra manera, y, aunque no se sufriera la reforma en el hospital civil, el convenio debería ser también de esta manera. Porque es algo que llama muchísimo la atención, que es insufrible para aquellos que tienen que estar soportando una enfermedad y que están en una lista de espera o que no pueden ser atendidos más que en una forma de urgencia, ver cómo, y ya lo he dicho antes, 100 camas están sin ocupar y los facultativos —que yo los he visto—, militares y civiles, en el hospital militar, de brazos cruzados, esperando a ver si les entra un enfermo, porque no tienen enfermos que llevarse a las manos, por decirlo de una manera gráfica. Por lo tanto, señorías, hay que reforzar ese convenio entre Defensa y Sanidad.

Acabo, presidente. Estos son los dos puntos de esta proposición no de ley, que intenta mejorar los servicios sanitarios en Ceuta. Espero que no tengamos que, en mayo o en junio, volver a hablar de Ceuta y de la no iniciación del hospital o de la falta de cobertura sanitaria, porque desde Defensa no se ponen camas a disposición de los ciudadanos ceutíes. Pero, puesto que entiendo que no van a aprobar esta proposición no de ley, que no van a apoyarla, así se me ha dicho informalmente, van a tener ustedes que darse mucha prisa y van a tener que arrimar mucho el hombro para mejorar la oferta que han hecho para poder solucionar los servicios sanitarios que en la actualidad están dando a Ceuta.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: Voy a manifestar brevemente nuestra posición. Nosotros vamos a apoyar el

texto que hoy nos trae el Grupo Socialista, puesto que de alguna forma, en la exposición de motivos de la proposición no de ley y en lo que su portavoz nos acaba de decir, podemos ver lo que era la situación de la Comunidad Autónoma de Canarias a principios de los años noventa, antes de producirse las transferencias sanitarias. La cobertura de atención primaria del nuevo modelo era muy baja, no llegaba ni al 20 por ciento, y la situación de los hospitales así como de los servicios de urgencia era francamente deficiente. Sin conocer el detalle de si realmente se están produciendo avances o no con respecto a lo aquí expuesto y si esos avances son los adecuados o no son los adecuados, nosotros vamos a apoyarla. Que se insista en ese sentido por parte de esta Comisión nunca está de más y en caso de que no se estén produciendo los avances, lógicamente, con más razón.

Sólo quiero hacer una reflexión por algo que nosotros hemos vivido recientemente y que me parece importante decir. Nosotros, al principio de los años noventa, también teníamos un hospital militar (y sé que el diputado que acaba de hacer uso de la palabra conoce la situación), al que desde la comunidad autónoma y desde la ciudadanía se reclamaba que, aunque fuera de forma provisional, se le pudiera dar un uso civil, con independencia del uso que el Ministerio de Defensa pudiera hacer en su momento. Entonces no se accedió a aquella petición ni tan siquiera con la contrapartida de que se hubiese pensado en financiar los planes funcionales de las remodelaciones de los hospitales o de nuevos hospitales. Desgraciadamente, nunca se utilizó con fines estratégicos, porque realmente la actividad fue decreciendo. Y a la vuelta de unos años el Ministerio de Defensa es el que ha tenido interés expreso en no seguir contando con esas infraestructuras, que a través de un convenio ha adquirido la comunidad autónoma, pero obviamente para otros fines que no son de hospitales de alta tecnología, como pudiera haber sido en su momento, de haberse hecho una correcta planificación. En aquel entonces el Gobierno, a nivel de Estado, era del Partido Socialista, después continuó con esa misma posición el Partido Popular. Es necesario hacer esta reflexión porque, sea cual sea la posición de un partido, en el sentido de que gobierne o de que esté en la oposición, tenemos que ser sumamente serios cuando hablamos de infraestructuras sanitarias para que siempre adaptemos, con sentido común más que otra cosa, la planificación de las mismas para dar respuesta a las necesidades de la población, gobernemos o no gobernemos en un futuro.

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Señorías, agradezco la oportunidad que me ofrece esta proposición no de ley para explicar las medidas tomadas por el

Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, para, en la actualidad y en el futuro, garantizar en la ciudad de Ceuta una asistencia sanitaria gratuita y de calidad, tal y como tiene comprometido el presidente del Gobierno en todo el territorio español. Espero que, al concluir, el portavoz del Grupo Socialista esté de acuerdo conmigo en que su proposición no de ley es este momento ya innecesaria, puesto que el Ministerio de Sanidad y Consumo, es decir el Gobierno, ya ha tomado las medidas y está desarrollando, entre otros, los dos puntos que la misma demanda. Al menos espero que esté de acuerdo conmigo en que es innecesario instar al Gobierno a hacer lo que está haciendo. He de reconocer, señorías, que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de reciente creación, han sido plenamente conscientes de la necesidad de mejorar las infraestructuras sanitarias en Ceuta y han tomado las medidas oportunas para hacer realidad algunas de las prioridades que en esta Comisión expuso la excelentísima ministra de Sanidad y Consumo: mejorar las infraestructuras sanitarias, aprovechar eficientemente los recursos sanitarios, garantizar la equidad en el acceso en todo el territorio español y prestar atención especial a las ciudades de Ceuta y Melilla, donde, como saben SS.SS., se mantiene la gestión directa de la asistencia sanitaria por parte del Ministerio a través del Inerser.

Centrándonos en la asistencia sanitaria en la ciudad de Ceuta, para conseguir estas prioridades y garantizar una asistencia sanitaria de calidad en la misma, el Ministerio de Sanidad y Consumo no es que pretende, es que ha desarrollado ya las siguientes actuaciones: Primero, decidir la construcción de un nuevo hospital, con una inversión prevista y presupuestada de 56.000.000 de euros. Segundo, en tanto se construye ese nuevo hospital, tal y como demandaba el portavoz socialista, establecer un convenio con el Ministerio de Defensa para aprovechar conjuntamente los recursos asistenciales de que disponen en Ceuta y Melilla; concretamente en Ceuta el hospital militar, tal y como lo demanda, señoría. Un mes y medio más o menos después de su visita; concretamente se firmó el convenio el 11 de noviembre. Además, y como dijimos, mientras se construye el hospital, para tratar de paliar las deficiencias más sobresalientes que señala en su exposición de motivos, por ejemplo el bloque quirúrgico, cuidados intensivos del actual hospital, se procederá a mejorarlas mediante reformas en sus instalaciones, con una inversión prevista suficiente de 3,416 millones de euros, y también la construcción, como ha dicho S.S., de un nuevo centro de salud.

Dicho esto, es también justo reconocer que tanto la ciudad de Ceuta como la asistencia sanitaria en esta ciudad tiene una serie de peculiaridades y problemas que en parte, y digo en parte sólo, ha señalado el portavoz socialista y que yo creo que brevemente conviene señalar. Ceuta, como saben SS.SS., es una ciudad fron-

teriza, abierta y cosmopolita, encuentro de dos mares y dos continentes, y podemos entonces definirla como atlántica, mediterránea, europea y africana, característica esta última, por su ubicación, muy importante de destacar, puesto que teniendo una población aproximada de 70 ó 75.000 habitantes, en realidad tiene una gran población flotante, fundamentalmente del entorno vecino, que condiciona un movimiento fronterizo diario de 17.000 personas de entrada y salida, debido, como saben SS.SS., a que su actividad está orientada a los servicios y al turismo y en ella conviven desde hace siglos diferentes etnias culturales y creencias. Y esto hay que destacarlo, porque las costumbres y creencias de la población, sobre todo de la musulmana, residente y flotante, junto con las carencias de servicios del país vecino, son fundamentalmente las que provocan más problemas en la asistencia, en particular cuando coinciden con otras culturas. Podíamos hablar de la forma de dormir, en alfombras; los acompañamientos, visitas, etcétera. O sea que, además de esos dos puntos que solicitaba su señoría, compatibilizar esa coexistencia de culturas también es importante para mejorar la asistencia.

Conviene también destacar otra serie de peculiaridades demográficas. La población de Ceuta, al contrario de lo que ocurre en el resto del territorio español, es joven, tiene un 20,6 por ciento de menores de 14 años y un 10 por ciento de mayores de 65; la tasa de natalidad es muy alta, hay un importante incremento del número de partos, al contrario de lo que ocurre en el territorio español, y el 50 por ciento de estos partos son extranjeros. En cuanto a recursos sanitarios, cuenta con dos centros de salud y uno que se va a construir, un centro de especialidades, una unidad de urgencias y emergencias y una UCI móvil, un hospital de la Cruz Roja con 163 camas, construido en 1963, de ahí quizás la referencia de S.S. a que esta asistencia está anclada en el pasado; no es un problema de hace seis años, sino de hace casi cuarenta años. Y efectivamente tiene un ratio insuficiente, no el que ha dicho S.S., sino de 2,4 camas por 1.000, inferior a la media del Insalud cuando se transfirió, y el 0,6 por debajo de lo que pide el portavoz socialista; es además un hospital antiguo, de hace cuarenta años, con muchos problemas estructurales y funcionales: habitaciones de tres camas, falta de espacio, con insuficiencia de comunicación interna y sobre todo en las circulaciones, que indudablemente dificultan la organización y la labor asistencial. Y otro punto a destacar, carece de superficie necesaria para ampliarse y modernizarse y crecer en el futuro, dado, como ha mencionado también S.S., el previsible aumento de la población. Es fácil deducir que la única salida posible para el Ministerio de Sanidad y Consumo para solucionar este problema sanitario crónico era construir un nuevo hospital para la ciudad de Ceuta que garantizara una asistencia moderna y de calidad para la actualidad y para el futuro. Una vez que el Gobierno de la ciudad

de Ceuta ha decidido y liberará los terrenos en un lugar de expansión ya decidido, como digo, empezará en el 2003 con la licitación para terminar, como tiene previsto el ministerio, en el 2006. Será un nuevo hospital moderno, funcional, con espacio suficiente, con todas las especialidades y con todo el personal, señorías. Y entonces Ceuta tendrá una dotación de 216 camas y un ratio de camas por mil de 3,18, más de lo que solicita el portavoz socialista y mejorando notablemente el 2,6 de la media del Insalud al transferirse. Es importante también, señoría, destacar la previsión de la capacidad de crecimiento del hospital, ya que, además de espacios interiores de reserva, la estructura está diseñada para permitir en el futuro ampliar tanto el área de hospitalización como el área ambulatoria. Eso no interferiría nada la asistencia sanitaria, dada la previsión.

Garantizado esto en el futuro, la ministra de Sanidad y Consumo, como he dicho y como conoce su señoría, firmó el convenio de colaboración con el Ministerio de Defensa, que le permite prestar asistencia sanitaria en el hospital militar. Y además de lo que usted ha mencionado, además de la asistencia psiquiátrica que prestaba, va a resolver situaciones de sobrecarga asistencial cuando se produzcan, sin límites de camas, por tanto, ni de especialidades. También tengo que decir, señoría, que usted ha señalado parte de los problemas, pero no ha hablado nada de los indicadores sanitarios. Y hay que decir que, a pesar de su gran presión asistencial, el hospital tiene un índice de ocupación del 66 por ciento y una lista de espera de 397 pacientes, de los cuales más del 90 por ciento esperan menos de tres meses, sólo 38 que son de otras patologías, y hay una demora media de cuarenta, bastante menos que en el resto del territorio español y en el resto de las autonomías. Las insuficiencias en atención primaria, déficit de camas y estructurales, con las medidas tomadas, construcción del nuevo hospital y construcción del nuevo centro de salud, quedan resueltas y mientras tanto las otras medidas para mejorar y garantizar la asistencia sanitaria del convenio y las obras cubren sobradamente las necesidades que S.S. ha planteado. Y lo que es más importante, el Gobierno reafirma su compromiso, con acciones y hechos, de apostar por un sistema sanitario público moderno, universal y gratuito, y sobre todo equitativo, ya que se ocupa y toma medidas para que todos los españoles, con independencia del lugar de residencia, raza o creencias, tengan una asistencia sanitaria de calidad garantizada, cosa de la que es un ejemplo en este caso Ceuta.

Nada más, señorías. Concluyo diciendo que no creemos necesario instar al Gobierno a hacer lo que ya ha hecho y está haciendo. Lo que sí cabría decir en esta Comisión es que habría que agradecerle y felicitarle por haber tomado las medidas necesarias y suficientes para resolver de forma definitiva los problemas y deficiencias crónicas de la asistencia sanitaria en la ciudad de Ceuta. **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, siendo la hora que es yo comprendo que están ustedes ya con muchas ganas de terminar, pero antes de ello y de someter a votación las dos proposiciones no de ley, informo a los miembros de la Comisión de lo siguiente: Yo inicié la Comisión pidiendo a los miembros de los distintos grupos que aportasen los ponentes para el proyecto de ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Los distintos grupos me han aportado los nombres de los ponentes, que serían: Por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Gutiérrez Molina, el señor Mingo y el señor Zambrano; por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Rumí y la señora Valentín; por el Grupo Catalán, la señora Riera i Ben. **(La señora Riera i Ben pide la palabra.)**

La señora **RIERA I BEN:** Mi grupo, señor presidente, en este momento no tiene una designación confirmada. Por lo tanto, no me parece correcto que demos por hecho algo que no está definido.

El señor **PRESIDENTE:** Por parte del Grupo Parlamentario Vasco PNV, la señora Uría, que sí ha manifestado su interés. Por parte del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, la señora Julios Reyes. Por parte del Grupo Federal de Izquierda Unida, la señora Castro. Y por el Grupo Mixto, el señor Aymerich. Queda pendiente la notificación por parte del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió del ponente en dicha comisión.

Pasamos a la votación de la primera proposición no de ley, sobre realización de un estudio económico previo a la inclusión en la financiación pública de los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil en determinados colectivos de pacientes, en los términos de la aceptación por parte de la señora López i Chamosa de la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobado por unanimidad.

Sometemos ahora a votación la proposición no de ley sobre atención sanitaria en Ceuta.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 21; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazado.

No habiendo más temas que tratar, se levanta la sesión.

Eran las dos y veinticinco minutos de la tarde.

Nota.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Sanidad y Consumo, del miércoles 18 de diciembre de 2002, no guarda relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

