



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

IV Legislatura

Pamplona, 26 de febrero de 1998

NUM. 16

COMISION DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. FERMIN CIAURRIZ GOMEZ

SESION CELEBRADA EL DIA 26 DE FEBRERO DE 1998

ORDEN DEL DIA

- Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a remitir un proyecto de Ley Foral de atención farmacéutica, formulada por el G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra».
 - Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la voluntad de compensar a los médicos con el ahorro farmacéutico y sobre las repercusiones de la exclusión de fármacos.
-

SUMARIO

Comienza la sesión a las 12 horas y 6 minutos.

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a remitir un proyecto de Ley Foral de atención farmacéutica, formulada por el G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra» (Pág. 2).

Abre la sesión el Presidente de la Comisión, señor Ciáurriz Gómez, y cede la palabra a la señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra»), para la defensa de la moción (Pág. 2).

En el turno a favor intervienen el señor Ezpeleta Martínez (G.P. «Socialistas del Parlamento de Navarra»), la señora Villanueva Iturralde (G.P. «Convergencia de Demócratas de Navarra») y el señor Vélez Medrano (G.P. «Ezker Abertzalea») (Pág. 3).

En el turno en contra interviene el señor Viñes Rueda (G.P. «Unión del Pueblo Navarro») (Pág. 4).

La señora Arboniés Bermejo toma la palabra en el turno de réplica (Pág. 7).

Se procede a la votación de la moción, que se aprueba por 11 votos a favor, ninguno en contra y 5 abstenciones (Pág. 7).

Se suspende la sesión a las 12 horas y 34 minutos.

Se reanuda la sesión a las 12 horas y 42 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la voluntad de compensar a los médicos con el ahorro farmacéutico y sobre las repercusiones de la exclusión de fármacos (Pág. 7).

Toman la palabra los señores Ezpeleta Martínez y Landa Marco (G.P. «Mixto»), solicitantes de la comparecencia, a quienes responde, conjuntamente, el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 8).

Se suspende la sesión a las 13 horas y 44 minutos.

Se reanuda la sesión a las 13 horas y 49 minutos.

En el primer turno de intervenciones, toman la palabra el señor Ezpeleta Martínez, el señor Landa Marco, la señora Villanueva Iturralde, el señor Vélez Medrano, la señora Arboniés Bermejo y el señor Ciáurriz Gómez (G.P. «Mixto»), a quienes contesta el Consejero (Pág. 19).

En el segundo turno, intervienen el señor Ezpeleta Martínez, el señor Landa Marco y la señora Arboniés Bermejo (Pág. 25).

Se levanta la sesión a las 14 horas y 31 minutos.

(SE INICIA LA SESION A LAS 12 HORAS Y 6 MINUTOS.)

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a remitir un proyecto de Ley Foral de atención farmacéutica, formulada por el G. P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra».

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Buenas tardes, señoras y señores Parlamentarios. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y vamos a entrar en primer lugar en el debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a remitir un proyecto de Ley Foral de atención farmacéutica, formulada por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra. Para la presentación de la moción, tiene la palabra su representante, doña Isabel Arboniés, por el tiempo de quince minutos.*

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Los acontecimientos de los últimos días, con medidas tan nega-*

tivas como la supresión de la cobertura sanitaria pública a la dispensación de fármacos, han coincidido con la votación de esta moción presentada por nuestro grupo en el Parlamento el pasado día 27 de enero. Precisamente en el manifiesto en favor de la sanidad pública y en contra de las medidas privatizadoras, firmado estos días en Madrid por diversas organizaciones políticas, sindicales y colectivos sociales gravemente afectados por la medida, han propuesto, entre otras alternativas, la libre competencia entre farmacias. Como es sabido, es competencia de las comunidades autónomas garantizar la atención farmacéutica a su población, igual que es conocida y compartida, aun con diferentes puntos de vista, la necesidad de ordenar las prestaciones farmacológicas en Navarra. Es necesaria la regulación del sector que ha tenido los últimos años numerosos conflictos entre farmacéuticos establecidos y los profesionales titulados que quieren ejercer su profesión con el establecimiento de una nueva farmacia, con contenciosos en los tribunales de justicia, en contra de la apertura de farmacias autorizadas por el Gobierno de Navarra.

El Gobierno de Navarra debe ejercer las competencias que tiene para legislar sobre la materia, estableciendo procedimientos administrativos y el amparo jurídico a las actuaciones en este campo de la sanidad pública, pero, sobre todo, tiene que ordenar la atención farmacéutica a la población navarra, que es mucho más amplia y necesaria que esta cuestión. Es necesario establecer claramente los criterios y condiciones por los cuales se prestará atención farmacéutica a la población navarra; dónde, cuándo y cómo se autorizarán nuevas farmacias, qué servicios deberán prestar, sistema de emergencia, los requisitos técnicos sanitarios requeridos, el régimen de incompatibilidades, infracciones, la atención a los hospitales y centros de internado y todas las cuestiones sobre las que se deba sentar las bases de actuación.

Este proyecto de ley tiene una trayectoria que se inicia ya a finales de 1996, cuando se escuchó en sesión de trabajo a las organizaciones que podían aportar opiniones sobre las necesidades del sector farmacéutico. A principios de 1997 se anunció un proyecto de ley para regular el sector. En abril, la prensa ya recogía los dos posibles modelos de ley e incluso un intento de consenso con el PSN sobre la futura ley de atención farmacéutica. En octubre se hablaba de la paralización del proyecto que el Departamento de Salud negó en esa ocasión a través de su Consejero, que informó sobre los informes jurídicos y el asesoramiento del servicio de salud inglés para mejorar y finalizar el proyecto. En noviembre el anteproyecto de ley foral de atención farmacéutica fue distribuido a las organizaciones de farmacéuticos y se habló de una previsible aprobación a comienzos de este año. Llegamos a enero del presente año, y tras dos meses de entrega del anteproyecto para conocimiento de los interesados, lo único que vemos es la valoración negativa que del mismo hace el Colegio Oficial de Farmacéuticos a través de su presidente. No conocemos más valoraciones o novedades sobre el tema.

Al día de hoy, finales de febrero, el proyecto de ley sigue sin llegar a esta Cámara y desconocemos las razones de tanta demora en la tramitación de un proyecto de ley foral necesario, porque se trata de la atención farmacéutica para la que Navarra tiene competencias y, por lo tanto, obligación de llevar a cabo un ordenamiento de la misma. El Gobierno ha tenido tiempo y medios más que suficientes para la elaboración de esta ley. Ha contado desde el año pasado con informes técnicos, asesoramiento exterior e incluso meses de estudio, por parte del Colegio Oficial de Farmacéuticos y de la Asociación de Farmacias Independientes. Tantas idas y venidas, sin ningún paso definitorio sobre la tramitación de una ley tan anunciada, elaborada, comentada y por otro lado necesaria, nos hace pre-

sentar esta moción cuya propuesta de resolución es instar al Gobierno de Navarra a que en el plazo de dos meses remita a esta Cámara el proyecto de ley foral de atención farmacéutica para su tramitación. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señora Arboniés. ¿Intervenciones en el turno a favor de la moción? Señor Ezpeleta.*

SR. EZPELETA MARTINEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días. Para nuestro grupo, la verdad es que este proyecto de ley lleva mucho retraso, hemos tenido muchas informaciones a través de los medios de comunicación sobre que el Departamento rectifica y creemos que ha tenido tiempo y lugar suficientes para ir rectificando. Nuestro grupo desea que venga este proyecto de ley a la Cámara; entonces será el momento de entrar en él, de profundizar; pero sí que deseamos que realmente el proyecto de ley responda al consenso y a la negociación, que primen los intereses generales de Navarra sobre los intereses de cualquier grupo, que responda a criterios sanitarios y no economicistas, que respete conceptos admitidos hoy en nuestra sociedad y tan demandados por todos los colectivos.*

Desde ese punto de vista nuestro grupo estará abierto, como siempre, a la discusión positiva, al enriquecimiento en el debate que debemos hacer, porque, sin duda, encontraremos el consenso que responda a los intereses generales de Navarra. Este es un tema que de alguna manera lleva excesivo retraso, que el departamento adquirió unos compromisos y que no los ha cumplido. Una vez más el departamento del señor Cervera incumple fechas y plazos con este Parlamento, y al día de hoy no tenemos un solo documento que podamos estudiar o que podamos trabajar sobre él. En eso estamos y en eso les esperamos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Ezpeleta. Señora Villanueva.*

SRA. VILLANUEVA ITURRALDE: *Muchas gracias, señor Presidente. Efectivamente, coincidimos con las cosas que ya se han dicho y desde nuestro grupo parlamentario manifestamos que una vez más se está creando más desorden, más desconcierto y más inseguridad ciudadana, a los ciudadanos que deben ser atendidos por la prestación farmacéutica y a los ciudadanos profesionales de la farmacia, que también están sometidos a una situación de inseguridad que yo creo que no habrá tenido situación parecida jamás en la historia de la farmacia.*

Cuando llegó el señor Cervera, efectivamente ya se hablaba y se decía que había que hacer la ordenación farmacéutica en Navarra, puesto que se habían disipado las dudas acerca de si Navarra tenía o no competencias al respecto. Y digo que se

habían disipado las dudas porque es algo que, de alguna manera, yo creo que condicionó la supuesta duda de si la transferencia estaba llevada a cabo o no. A través del Amejoramiento siempre se pensó que no se había llevado a cabo semejante transferencia y, sin embargo, cuando después desde el Gobierno se consulta, sin haber un hecho positivo para ello, se dice que la transferencia se ha llevado a cabo.

Entendemos que desde entonces hasta ahora ha habido una dejación por parte de Navarra de no utilizar aquellas competencias que tiene. Y, si a esto se le unen las otras condiciones de inseguridad y de falta de criterios que al respecto se han ido manifestando sucesivamente, entendemos que la situación en este momento ha llegado ya a un límite. Y ha llegado a un límite porque nadie sabe qué va a pasar, nadie sabe valorar si hasta ahora ha habido una regulación o una desregularización del sector farmacéutico y todo son opiniones a través de los medios de comunicación. No hay ningún documento en este Parlamento, que parece que algo tiene que manifestar y que decir. Y, por supuesto, estamos absolutamente de acuerdo con que en el plazo de dos meses mínimo se presente a este Parlamento un proyecto de ordenación que dé seguridad al ciudadano en cuanto va a ser su prestación y la asistencia sanitaria que va a recibir a través de sus profesionales y que al mismo tiempo dé la seguridad a los profesionales de saber a qué atenerse al respecto.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Gracias, señora Villanueva. Señor Vélez.

SR. VELEZ MEDRANO: Nos parece muy oportuna la propuesta que ha hecho IU y la apoyamos enteramente en todo su contenido. Queremos decir que nosotros trabajaremos en el proyecto de ley que se nos presente, siempre que responda a criterios de salud pública, por un control de los productos farmacéuticos y ajeno a intereses de rentabilidad, como ya se nos viene acostumbrando en esta Cámara con otros temas. Y luego, que la ley tenga las suficientes competencias, ya que consideramos que las que existen son escasísimas. Se basan en un control de laboratorios en el marco geográfico de Navarra y también en el control de la publicidad de los fármacos que se producen en esos propios laboratorios. Estimamos que las competencias de Navarra en este tema tienen que ser superiores y trabajaremos en ese sentido.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Gracias, señor Vélez. ¿Turno en contra? Señor Viñes.

SR. VIÑES RUEDA: Muchas gracias, señor Presidente. Yo creo que la moción que ha sido presentada por Izquierda Unida ante esta Comisión de Sanidad recoge tres cuestiones. Una de ellas es la que se refiere a las competencias de Navarra, es

decir, la declaración de la competencia de Navarra en materia de ordenación farmacéutica. La segunda, si se ha elaborado un proyecto sobre atención farmacéutica en Navarra. Y también hace observaciones sobre las dificultades en su elaboración, a través de la prensa, vaivenes, paralización, olvido, rectificaciones, flexibilización, por lo que de ello deduce un juego de intereses contrapuestos.

En relación con este planteamiento deseamos contestar lo siguiente. En relación con las competencias de Navarra, nunca desde UPN hemos cuestionado esta materia, no sólo en la ejecución de la legislación del Estado, sino más allá, en el ámbito de las competencias de la sanidad interior e higiene, ya que la ordenación farmacéutica es un caso singular de la ordenación de la sanidad interior y no otra cosa, otra cuestión conexas con las competencias sobre los niveles de prestaciones farmacéuticas en el sistema nacional de salud y las relacionadas con los precios de los medicamentos que se encuentra en los ámbitos competenciales exclusivos de las economías respecto al Estado, y entre ellas, la fijación del precio del medicamento.

No debe confundirse tampoco la ordenación de la actividad farmacéutica con el ejercicio de la actividad mercantil que se deriva de la dispensación de los medicamentos en el ámbito del ejercicio libre profesional. Confundir estos campos que concurren en la actividad farmacéutica sólo lleva a confusiones a la hora de regular las actividades farmacéuticas en el ámbito puramente sanitario. La ordenación farmacéutica, como actividad de interés general, y las garantías de las prestaciones farmacéuticas ofertadas con universalidad y equidad marcan el ámbito de actuación de las competencias sanitarias que el Gobierno de Navarra ha de ejercer. La legislación sanitaria vigente reconoce este ámbito competencial, pero se ha producido un hecho sin precedentes en la España democrática de las autonomías, no bien advertido en la Ley 16/1997, de 25 de abril, como es la regulación de los servicios de farmacia, ya que en la misma ley se traslada al ámbito de las comunidades autónomas la potestad legislativa en materia de planificación básica de los servicios farmacéuticos, a modo de una especie de transferencia de facto o de delegación en materia de planificación, materia reservada anteriormente a las leyes del Estado y cuya competencia se añade a las ya asumidas en Navarra y en las demás comunidades autónomas.

En consecuencia entendemos que con esa Ley del año 97 se supera incluso el techo competencial anterior con materias de planificación de la actividad farmacéutica en su vertiente sanitaria, sujeta a escasísimas bases generales de planificación, ampliando de esa manera las simples competencias de ordenación a las competencias de la planificación farmacéutica.

Voy a comentar los criterios sobre los que se viene elaborando la ley. En la elaboración del proyecto, por parte de los servicios técnicos del Departamento, se pretende abordar con una visión de conjunto la regulación global de la atención farmacéutica en Navarra, sobre la base de ordenar todos aquellos recursos que confluyen en dicha atención. Y aunque su finalidad tiene por objeto inmediato la atención farmacéutica, ésta se enmarca y adquiere relevancia en el conjunto de la atención sanitaria. Ello requiere, por una parte, abordar la normación de los centros, servicios y establecimientos farmacéuticos en el ámbito de la comunidad, con respeto a su carácter privado y, por otra, abordar a través de ellos la garantía del servicio público que realizan, con especial referencia a las prestaciones farmacéuticas del sistema nacional de salud que han de concertarse con los referidos establecimientos de carácter privado radicados en Navarra.

En coherencia con ello, el proyecto aborda disposiciones de orden general, tales como el objeto y las definiciones requeridas, haciendo especial mención a los derechos y obligaciones de los ciudadanos y de los profesionales en relación con el acceso y la dispensación de medicamentos, así como también al uso racional de medicamentos y a la seguridad de los mismos. Se enmarcan también las actividades farmacéuticas específicas de cada uno de los servicios y establecimientos farmacéuticos y, de forma relevante, la dispensación de las prestaciones farmacéuticas como servicio público del sistema nacional de salud. Se ocupa, en consecuencia, de dar cumplida normativa a los criterios específicos de la planificación y ordenación de los servicios farmacéuticos en Navarra y de garantizar el derecho y el acceso a las prestaciones farmacéuticas de las personas acogidas al Servicio Navarro de Salud, tal como encomienda a este organismo la Ley Foral 10/1990, de Salud.

Tales prestaciones tienen la peculiaridad de que van a ser garantizadas a través de las oficinas de farmacia, como entidades sanitarias de carácter privado, cuya regulación ya se contiene en la Ley 10/1990, de Salud. Se definen en el anteproyecto de ley también los criterios específicos de planificación de los servicios de oficina de farmacia, teniendo en cuenta, de acuerdo con el artículo 38 de la Constitución, el respeto a la libertad de empresa como actividad económica, sometida al derecho mercantil, aunque, dado que la mayor parte de su actividad es de interés público, ésta debe someterse al interés general a través de la planificación, de acuerdo con el artículo 128 de la Constitución y el artículo 103.3 de la Ley 14/86 general de sanidad, que garantice al acceso equitativo de los ciudadanos a los servicios de farmacia, de cualquier área

geográfica, urbana o rural, y en concreto a las oficinas de farmacia.

¿Cuáles son los criterios de planificación territorial que el anteproyecto considera? Estos criterios de planificación se establecen considerando la actividad farmacéutica dentro de la actividad global y más amplia de la sanidad interior, que ya se encuentra planificada en Navarra en la Ley Foral de zonificación sanitaria de 3 de noviembre y sus desarrollos posteriores. A tal efecto, se determina en cada zona básica de salud el número mínimo de oficinas de farmacia en razón del número de habitantes de la misma, corregido por el porcentaje de población de más de 65 años, grupo en que se incrementa la necesidad de la prestación farmacéutica.

Otro criterio de planificación lo constituye la densidad de población por lo que se establecen las distancias entre las farmacias que, con carácter mínimo, garanticen el acceso en equidad a los ciudadanos. Y se corrige esta distancia de forma inversa a la densidad de personas por kilómetro cuadrado de cada zona básica de salud.

El proyecto de ley considera también ante esta planificación la flexibilización. Una vez que está garantizado en las zonas básicas de salud el número de farmacias necesarias para asegurar el acceso en equidad de todos los ciudadanos de Navarra a las mismas, el proyecto considera la libertad de ejercicio de la profesión farmacéutica y de establecimiento de los farmacéuticos titulados, pues, si no, sería contrario a las libertades individuales y al derecho del trabajo. El proyecto técnico elaborado por el Departamento no es, en consecuencia, intervencionista respecto a los requisitos de autorización y establecimiento, respeta el derecho a la propiedad privada y a la herencia, de acuerdo con los artículos 33 y 35 de la Constitución Española y no interviene en las ventas, en los traspasos de las oficinas de farmacia, cuyas operaciones quedan en el ámbito legal del derecho privado, aunque la ley evita las posibles especulaciones de las autorizaciones administrativas.

Por primera vez en una ley de farmacia se considera el Servicio Navarro de Salud como órgano público contratador, ya que las prestaciones farmacéuticas, como modalidad de la asistencia sanitaria pública, deberán llevarse a cabo con criterios de necesidad y buena administración de los recursos económicos públicos, por medio de la contratación sometida a la necesaria publicidad, transparencia y con sujeción a la normativa legal sobre contratación de servicios de carácter privado, de acuerdo con el título 9 de la Ley Foral 10/90, de Salud, y la legislación específica de contratos, evitando la constitución de facto de monopsonios o concertaciones colectivas de todas las farmacias, sin perjui-

cio de la participación de sus representantes libremente elegidos por ellos mismos.

El proyecto en todo momento va a respetar los derechos de los farmacéuticos establecidos y es falso cuantas informaciones sesgadas e intencionadas se les ha hecho llegar. Se respeta la propiedad, la herencia, la transmisión de sus oficinas, pero a la vez respeta también la igualdad de oportunidades. A ningún farmacéutico se le va a rescindir el convenio para la venta y dispensación de medicamentos. No pedimos generosidad a los farmacéuticos y a sus representantes, ni siquiera que trabajen por el interés general; sólo les pedimos veracidad, rigor y ética en sus manifestaciones.

Por ello, la presente ley configura un modelo de atención farmacéutica respetuoso con la libertad de establecimiento de una actividad privada como es la oficina de farmacia, matizada por la necesaria planificación que requiere el interés general. Estos criterios de libertad de establecimientos privados matizados por la planificación del interés general exigen, en defensa del sistema público sanitario, que el Servicio Navarro de Salud, como órgano contratador, actúe también en libertad para defender el interés público.

Procedimiento de elaboración. La moción presentada por Izquierda Unida expone valoraciones sobre las vicisitudes percibidas a través de los medios de comunicación en el proceso de elaboración del proyecto. No tendría sentido negar la evidencia de cuanto, de una u otra manera, ha sido recogido en los medios de comunicación, vicisitudes lógicas, por otro lado, en la elaboración de un proyecto que podemos considerar como complejo por los criterios anteriormente expuestos y que además han estado inmersos en 1997 en la incertidumbre del desarrollo de la legislación básica del Estado, que finalmente ha sido resuelta en la Ley 16 de 1997. Ello ha obligado a estar al tanto de las decisiones que se adoptaban tanto en el Congreso como en el Senado, además de las conclusiones de las comisiones de trabajo en materia de política sanitaria efectuadas en las Cortes españolas.

Pero la complejidad de la elaboración del proyecto, como es público y notorio, no sólo se debe en una ley tan compleja a las decisiones jurídicas y políticas, sino también a los movimientos sociales que un proyecto de este calado despierta. Los criterios anteriormente expuestos corresponden a un salto cualitativo en relación a cómo se ha venido entendiendo la ordenación farmacéutica con anterioridad a la Constitución, Decreto de 1978. Entendemos que debe ser traspasada la Constitución tanto en lo que se refiere a la regulación de los derechos, de las libertades, de las competencias de las comunidades autónomas y la resolución de los problemas a través de sus Cámaras legislativas. Y es en este punto donde cabe hacer una reflexión, ya

que ha sido necesario hacer comprender, aunque sin éxito, que la legislación sobre ordenación farmacéutica se establece en las Cámaras legislativas, a través de los representantes políticos de la sociedad, en tanto que hasta el presente momento la ordenación y la ejecución de la misma se ha venido efectuando entre la Administración y los representantes de los colegios profesionales, que en la práctica han venido defendiendo intereses concretos.

El esfuerzo realizado por el departamento con los colegios farmacéuticos asesorados por letrados y economistas del Consejo General de Farmacéuticos Españoles....

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Señor Viñes, lleva catorce o quince minutos, vaya terminando.

SR. VIÑES RUEDA: ...no se ha visto compensado con la suficiente colaboración por cuanto que después de repetidas reuniones no han alcanzado el concepto de que la participación profesional, colaborando con la Administración para los fines de ésta, no es una negociación de carácter sindical o contractual y, por tanto, los procedimientos de colaboración solicitados han abocado a caminos sin salida que el Departamento se ha visto obligado a renunciar, dado que, tras largas demoras, no han aportado ni por escrito ni de palabra propuesta alguna, salvo un texto completo alternativo de su propia ley. La posible demora que parece denunciar Izquierda Unida en la tramitación, no lo es tal, sino que es consecuencia de las circunstancias que hemos comentado y que requerían la prudencia y el sentido común, y que en los momentos presentes podemos considerar que es una fase finalizada y que el Departamento de Salud está en condiciones de ofertar un proyecto con unos criterios de objetivos técnicos deseables para la más adecuada administración y gestión de la ordenación y prestaciones farmacéuticas.

Es ahora, por tanto, cuando el proyecto en breve plazo deberá pasar a las áreas de decisión política y a las acomodaciones en que otras circunstancias puedan concurrir y será en consecuencia el Gobierno de Navarra, no ya el Departamento, cuyo proyecto todavía no conoce, el que tomará la decisión de remitirlo a la única instancia decisoria en un proyecto de ley, que es esta Cámara. Como ustedes conocen, como grupo parlamentario estaremos dispuestos a alcanzar con la ayuda de todos y con base en objetivos comunes el mayor consenso para alcanzar una ley de tanta trascendencia social y económica. Este foro será el que en todo caso va a garantizar el interés general, al margen de intereses particulares.

Esta situación real del proyecto de ley foral sobre atención farmacéutica nos lleva al convencimiento de que no es necesario instar al Gobierno a

la remisión del proyecto en el plazo máximo de dos meses, porque, dada la avanzada tramitación del proyecto, estamos convencidos de que no va a requerir forzar a un plazo de dos meses, ya que la obligación de regular por ley la materia y la necesidad de hacerlo, como lo están haciendo otras comunidades, hacen innecesario, a nuestro juicio, instar la remisión, sin perjuicio de que la decisión que se adopte en esta Cámara impulse la remisión del mismo. Siempre hemos sido contrarios a instar a nuestro Gobierno a las obligaciones que tiene, porque sabe cumplir con las mismas, y, en consecuencia, anuncio nuestra abstención. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Gracias, señor Viñes. Espero que el tiempo que hemos dedicado de más a esta contestación a la moción sirva luego para que en la presentación del proyecto, cuando venga, se haga de menos, porque ya nos hemos enterado prácticamente del texto. Pero ahora tiene la palabra la señora Arboniés para su turno de réplica.

SRA. ARBONIES BERMEJO: Voy a ser breve. Realmente veo que el apoyo de los grupos ha sido unánime, porque todos los grupos somos conscientes de que éste es un proyecto necesario, y casi la exposición del portavoz de UPN ha sido tan larga como el tiempo que lleva tramitando este proyecto de ley. Nos ha dicho abundantes cosas, incluso ha entrado en detalles del proyecto de ley. Y sí quería decirle, señor Viñes, que cuando Izquierda Unida presenta esta moción no es para instar al Gobierno, ya que usted cree que tiene la obligación y, por lo tanto, no haría falta instar, pero sí para recordarle que a esa obligación evidentemente debemos ponerle un plazo, porque es una ley que lleva más de un año con idas y venidas, todos conocemos por la prensa detalles del anteproyecto, visicitudes, desacuerdos, conflictos, etcétera, razón de más para que este proyecto llegue a esta Cámara y nos pronunciemos sobre él, y esta Cámara deberá tener en cuenta el interés general de Navarra, pero también la manera en que se está tramitando.

Usted ha dicho que este anteproyecto no ha recibido propuestas, entonces todo lo que sabemos es lo que se dice en la prensa. A mí me gustaría saber si el Gobierno, a través del Departamento de Salud, ha pedido esas propuestas o modificaciones o los desacuerdos que sí que están en la calle, o por lo menos aparecen en la prensa y todos hemos sabido, y recordarle que -nosotros incluso lo decimos en nuestra intervención-, cuando hablamos de la necesaria planificación u ordenamiento del sector farmacéutico, no nos hemos fijado simplemente en la parte de la dispensación de farmacia, sino en su globalidad y en la necesidad que hay de la prestación farmacéutica, de criterios claros, de procedimientos. Usted realmente en toda su larga exposición

me ha estado hablando del tema preciso de la dispensación de las farmacias e incluso ha avanzado detalles que no voy a manifestar, puesto que nos debemos manifestar cuando aparezca este proyecto. Y, sin más, quiero decirle que es necesario un plazo porque esto ha sido larguísimo y para eso está la Cámara, para instar al Gobierno cuando nosotros creemos que determinados plazos se están dilatando o que gestiones que se debieran hacer no se han hecho.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Gracias, señora Arboniés. Concluido el debate, y aunque parezca mentira, lo que vamos a votar es lo siguiente: «El Parlamento de Navarra insta al Gobierno Foral a que en el plazo de dos meses remita a esta Cámara el proyecto de ley foral de atención farmacéutica para su tramitación ante la Comisión de Sanidad». ¿Votos a favor? ¿Abstenciones? Queda aprobada la moción por 11 votos a favor y 5 abstenciones. Se suspende la sesión.

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 12 HORAS Y 34 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 12 HORAS Y 42 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la voluntad de compensar a los médicos con el ahorro farmacéutico y sobre las repercusiones de la exclusión de fármacos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Vamos a reanudar la sesión dando la bienvenida al Consejero de Salud y a la Directora del Servicio de Asistencia Sanitaria, doña Maite Artázcoz, para entrar en el segundo punto del orden del día: Comparecencia del Consejero de Salud del Gobierno de Navarra al objeto de que exponga las repercusiones en nuestra comunidad de las medidas adoptadas por el Gobierno central en materia de exclusión de 869 fármacos de la Seguridad Social y, asimismo, para que exponga cuál es el criterio del Gobierno de Navarra respecto a esta medida y sus posibles repercusiones. Esta petición fue formulada por el representante de Nueva Izquierda, don Martín Landa. En términos parecidos, existe una petición anterior, del Grupo Socialista, para la comparecencia en relación con este tema del ahorro de la facturación farmacéutica para el ejercicio de 1998 y sobre la compensación a los médicos de atención primaria en el 80 por ciento de ahorro de facturación farmacéutica que pueda producirse en el ejercicio de 1998; asimismo, para que explique la postura del Gobierno y sus repercusiones del llamado medicamentazo. Como esta petición es anterior,

tiene la palabra el portavoz del Grupo Socialista para concretar los términos de la petición de comparecencia.

SR. EZPELETA MARTINEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Efectivamente, el día 11 de este mes nos vimos sorprendidos por la información de que el Gobierno del PP había excluido de la financiación del sistema público 869 medicamentos, con una medida que ha consensuado todo grado de rechazo de toda la sociedad, tanto de los técnicos como de los grupos políticos, así como de los colectivos y de los afectados. Creemos que ninguna medida del PP puede obtener tanto consenso; solamente las que motivan el rechazo, efectivamente ésta lo ha obtenido. Se ha llegado a calificar de error superlativo. Nosotros habíamos pedido el mismo día 11 una comparecencia del Consejero para que nos aclarara una información que habíamos visto en la prensa, por la que normalmente nos solemos enterar de las informaciones que afectan a los temas sanitarios de Navarra, porque normalmente no suele venir espontáneamente a exponer nos sus planes estratégicos o sus medidas en relación con la utilización racional de los medicamentos, y tuvimos que cambiarla y hacerla un poquito más amplia por el tema de la exclusión.

Yo creo que realmente toda la sociedad navarra ha rechazado la exclusión de los 869 medicamentos, es evidente que hay un consenso. En este Parlamento ya el 27 de noviembre se presentó una moción in voce de todos los grupos políticos de representación de esta Navarra plural, cohesionada, desarrollada, integrada, que no merece este tipo de medidas y que realmente ha visto, como aparecía en el titular de un diario de esta comunidad, con inquietud, con alarma, cómo por la vía Aznar nos han sometido al recetazo.

Creemos que es una medida que no responde a ningún criterio sanitario, ni de fondo ni de forma. De fondo, porque realmente no responde a ninguna medida, más que a la de disminuir las prestaciones sanitarias, respondiendo a dos objetivos: uno, a corto plazo, que es hacer frente a un acuerdo con Farmaindustria, y otro, más estratégico, a largo plazo, de la propia política legítima del PP, pero no compartida por la mayoría de esta sociedad navarra, de ir avanzando en llevar la duda a los ciudadanos de nuestra comunidad de que el sistema sanitario público no es viable, no tiene capacidad financiera. Y eso es un poco malévolo y poco legítimo, porque no es cierto, es absolutamente incierto.

El sistema sanitario público responde a un derecho de libertad garantizado por la Constitución, cohesiona a la sociedad, son derechos adquiridos de nuestros ciudadanos. Y el medicamentazo, el recetazo lesiona estos derechos adquiridos, afecta a los colectivos de rentas más desfavorecidas de la sociedad, afecta a los más de veinte mil parados

que puede haber en nuestra comunidad, afecta a los jubilados, a los pensionistas, a las clases más desfavorecidas, aproximadamente seis mil familias que considera la Universidad Pública de Navarra que pueden estar en una situación de emergencia. Todos estos colectivos son los más desfavorecidos por esta medida estratégica a corto plazo, no consensuada, hecha de una manera oscurantista, porque nadie sabe quién ha hecho esa lista -posiblemente la ha hecho Farmaindustria-, porque son productos que se habla de baja utilidad.

¿Pero, qué pasa, es que los medicamentos adquieren la utilidad si los pagan los ciudadanos y ya no tienen utilidad si los paga el sistema público? La utilidad es un concepto muy distinto. Nuestro grupo está por el uso racional de los medicamentos, por las políticas de genéricos, como se hace en toda Europa, pero políticas bien hechas, no poniendo limitaciones y dificultades como se están poniendo en este país para que se puedan aplicar las políticas de los genéricos. En Alemania, la política de genéricos consigue aproximadamente ahorros del 40 por ciento. Eso son medidas de ahorro fundamentales. En España, en la norma que se ha puesto sobre genéricos, ningún genérico puede valer un 20 por ciento; es decir, el acuerdo con Farmaindustria está muy bien estructurado y, de hecho, se ha hecho un acuerdo por dos años, cuando la financiación con las comunidades autónomas es para cuatro años. Es decir, es una cosa a corto plazo, para salir como se pueda y dejar 869 medicamentos, a los cuales se les va a subir el precio aproximadamente en tres años un 30 por ciento, con un gasto transferido hacia los ciudadanos de nuestra Comunidad.

Pues bien, los navarros lo han rechazado, los navarros no merecen estas medidas y efectivamente creemos -todos los grupos de este Parlamento han presentado mociones, en eso hay un consenso social- y le ofrecemos a Unión del Pueblo Navarro la posibilidad de sumarse a este consenso de rechazo social. Creemos que algo así se ha manifestado por parte de algún miembro muy importante del Gobierno y nos gustaría que hoy aquí se comprometiera con el compromiso de rechazo, no de hacer un mero traslado a Madrid de lo que digamos los demás, sino de asumir ese compromiso con la sociedad navarra, perfectamente cohesionado y que rechaza esta medida. Navarra no merece una medida de este tipo y nos gustaría que de alguna manera rechazara esta medida, que la asumiera y que con toda firmeza la expusiera en el Consejo Interterritorial y que no afectara a Navarra.

La medida, como siempre, el Consejero la enfocó como un ahorro, y así lo lleva diciendo, yo les ruego que miren la hemeroteca y verán cómo incluso a finales del año pasado hay una información del señor Consejero que hablaba de 1.500 medica-

mentos de baja utilidad, según él. Hay que preguntar a los pacientes si realmente son de baja utilidad, porque para cada paciente su proceso no es nunca banal, es muy importante. Se han quitado grupos completos de medicamentos, sin duda todo eso se va a rectificar, pero se va a rectificar por la presión social, porque esta medida no responde a un consenso, no responde a ninguna medida sanitaria.

Y, además, tenemos un segundo apartado. Y es que nos anunció el señor Consejero que el posible ahorro que se pudiera producir -no entendemos este criterio de ahorro, porque es un gasto transferido- iba a repercutirse de forma directa en las nóminas de los facultativos, con otra medida que alguna vez ya hemos tratado en este Parlamento, que supone entrar otra vez en contratos de gestión con la excusa de que eso es modernizar la gestión. Eso es incierto. Modernizar la gestión es poner gestores capaces, es utilizar buenas estructuras de gestión, no poner a los amigos, intentar que se hagan gestiones descentralizadas, motivar, informar, pero no entrar en medicina de selección de riesgos, no entrar en, si usted ahorra, yo le premio, porque entonces, señor Cervera, el centro de salud que no viera a nadie, sería el que más premios recibiría, porque habría ahorrado el que más. Tenemos el ejemplo de la Fundación ALCIRA. No nos gustan esas políticas, lo hemos hablado muchas veces aquí, no nos gustan los contratos de gestión. Esperamos su información, deseamos oír y no dudamos de que se va a sumar al consenso de esta Cámara para rechazar el recetazo y que, de alguna manera, a los ciudadanos de Navarra no les va a afectar. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): Gracias, señor Ezpeleta. Señor Landa.

SR. LANDA MARCO: Gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Buenos días, señor Consejero. No me he quedado con el nombre de la persona que le acompaña, pero, buenos días también, en esta visita obligada al Parlamento. Señor Consejero, tras las diversas declaraciones que se han producido en relación con el medicamento o la exclusión de 869 fármacos de la Seguridad Social, se hace imprescindible que el Gobierno de Navarra manifieste aquí ante el Parlamento cuál es realmente su postura al respecto, sobre todo después del barullo que se ha producido con las declaraciones del Presidente que señaló, por ejemplo, en la primera declaración que hizo que no comparte la medida. Usted mismo señaló que estudiaba presentar alegaciones al respecto de lo que se ha dado en llamar el medicamentazo. Por otra parte, ha habido también declaraciones contradictorias con lo anterior, porque expresan una voluntad distinta -desde luego, es mi interpretación- en el sentido de que la ley afecta a todos, que no se pueden crear

islas, etcétera, en referencia, por tanto, a la posición anunciada desde varias comunidades autónomas que han dicho que no van a aceptar la imposición del recetazo para sus respectivas comunidades autónomas.

Así pues, desde Nueva Izquierda le pedimos, señor Consejero, que clarifique la posición del Gobierno de Navarra. Recordará que ya en noviembre, y a propósito de lo publicado en medios de comunicación estatales con titulares muy concretos y específicos donde decía: "el Gobierno sondea a las autonomías para que el paciente pague parte de los medicamentos", le hacía una pregunta al respecto sobre si, dentro de esa consulta a las autonomías, Navarra había sido tenido en cuenta. La respuesta era que no. Y lo que de alguna manera tranquilizaba también a este parlamentario, y por ello no hubo una reacción posterior a lo que era una respuesta muy escueta al planteamiento que se le hacía, era que a la pregunta de si está de acuerdo el Gobierno de Navarra con que los pensionistas paguen parte de los medicamentos como fórmula para cubrir parte del déficit, tal y como señala el Gobierno de España, que era lo que se estaba barajando y lo que al final ha ocurrido, el Gobierno de Navarra, en este caso por boca del Consejero, contestaba: no.

Evidentemente, si no se está de acuerdo, hoy estamos ante una actuación del Gobierno del señor Aznar que, al parecer, no es compartida por el Gobierno de Navarra y, por tanto, tiene usted que exponer aquí ante esta Comisión cuáles van a ser las actuaciones que piensa desarrollar el Gobierno de Navarra, en este caso por medio de la Consejería de Salud, para conseguir modificar esa decisión. Porque ése es el objetivo de un desacuerdo: ver qué se va a hacer para conseguir modificar la decisión con la que no se está de acuerdo. En caso contrario, estaríamos ante lo que se podría llamar un nuevo reparto de papeles: yo no estoy de acuerdo, pero tú actúas; como yo digo que no tengo, que creo que no se deben formar islas, al final resulta que mi margen de actuación se recorta; estaríamos en lo que digo que sería un reparto de papeles.

Creo que eso no sería bueno para Navarra ni sería bueno para el sentir expresado en el manifiesto -lo tengo delante de mí- de la plataforma en defensa de la sanidad pública, que ya con una convocatoria de manifestación para el día cinco de marzo a las siete y media de la tarde se pronuncia claramente, cosa que compartimos totalmente, con una serie de criterios que también el Parlamento -ya se hacía alusión antes por parte del portavoz del Partido Socialista-, en esa moción que aprobó, dejó constancia de cuál era la voluntad política al respecto. Por tanto, señor Consejero, yo escucharé con suma atención sus respuestas sobre qué medidas y de qué forma el Gobierno de Navarra se va a

oponer, qué es lo que va a hacer para que lo que se ha dado en llamar el medicamentazo no tenga virtualidad en Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Landa. Tiene la palabra el señor Consejero.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Señor Presidente. Señoras y señores parlamentarios. Un tema de notable actualidad justifica la petición de comparecencia que esta Cámara cursó para que informara sobre las repercusiones en Navarra de la propuesta ministerial de ampliación del decreto de financiación selectiva de medicamentos. Estimo que el valor de una información veraz a los representantes directos de los ciudadanos de Navarra y la propia difusión desde esta Cámara de la mayor parte de los aspectos relativos a este asunto nos ayudarán a construir un debate solvente y desapasionado. Agradezco a los proponentes de esta comparecencia su actitud que posibilita este ámbito de discusión parlamentaria.*

Me acompaña, como ya se ha dicho anteriormente, la directora del servicio de asistencia sanitaria del Departamento de Salud, doña María Teresa Artázcoz.

Yo sé, señor Landa, que puede haber fundadas expectativas relativas a lo que pueda acontecer con carácter inmediato sobre la actitud del Gobierno de Navarra en esta materia. Por mi parte, voy a pretender aportar a la consideración de sus señorías el mayor número posible de datos, escenarios de contexto de la prescripción farmacéutica y opiniones relevantes sobre este tema. Sé que la responsabilidad y seriedad de esta Cámara hará que podamos construir un ámbito para el intercambio sereno de opiniones, y construir así una actitud común de la Comunidad Foral en este tema.

Pretendo, por tanto, elevar el nivel de discusión de este tema hasta donde su importancia lo reclama. No por ello se van a eludir las apreciaciones más concretas de lo que ahora percibe la opinión pública y sus señorías demandan, pero por principio deberemos todos huir de los apriorismos y las interpretaciones superficiales de un tema complejo como éste.

Quisiera, como guión propuesta de esta intervención, remitirme primero a los aspectos meramente administrativos y de tramitación del proyecto de decreto de lista negativa, para centrarme posteriormente en el fondo de lo que significa la prescripción y el gasto farmacéutico en nuestro entorno, las actitudes y actividades del Departamento de Salud en esta materia y, para finalizar, lo que podríamos llamar nuestra actitud política y estrategia operativa en un futuro mediato.

Sobre el contexto de la decisión ministerial, quisiera trasladarles, señoras y señores parlamenta-

rios, que la existencia de listas de medicamentos no financiados por los sistemas públicos es una norma habitual entre los países de la Unión Europea. En España esta restricción es aún hoy relativamente pequeña y no se verá sustancialmente modificada por la ampliación prevista, que supone el 3'5 por ciento del gasto público en prestación farmacéutica. Quiero recordar que su fundamento legal tiene ya cinco años, porque se asienta sobre el Real Decreto 83/93, de 22 de enero, por tanto en Administración socialista, por el que se regula la financiación de los medicamentos a efectos de su financiación por el sistema nacional de salud. Como resultado de su aplicación, en 1993 se excluyeron de la financiación pública alrededor de 800 especialidades farmacéuticas, fundamentalmente las destinadas a la higiene, síntomas o síndromes dermatológicos, productos relativos a síntomas menores, etcétera. Por entonces se afirmó oficialmente que los eventuales ahorros conseguidos mediante estas exclusiones iban a ir destinados a la disminución del déficit público, lo que se constituye como una diferencia fundamental con la situación actual, porque lo que se plantea actualmente es una inyección de recursos adicionales en el sistema nacional de salud.

La creación de una lista negativa en 1993, aun manejando criterios sanitarios, buscaba claramente una retirada de recursos de la sanidad pública y, de hecho, la estimación del ahorro fue deducida de los presupuestos del sistema nacional de salud. En esta ocasión, por el contrario, ni una sola peseta sale de unos servicios públicos, independientemente de haber visto crecer su presupuesto de 1998 en 386.000 millones de pesetas sobre el correspondiente a 1997, y se establece como objetivo de control del gasto en medicamentos no el ahorro, sino la mejora en la utilización eficiente de los recursos públicos.

Estas mismas apreciaciones, con carácter incluso textual a lo que les estoy diciendo, las reportaba en los medios de comunicación recientemente el Subsecretario de Sanidad y Consumo, y son unas apreciaciones que nosotros compartimos desde la Comunidad Foral.

Decía anteriormente que casi todos los países introdujeron limitaciones en la financiación pública de los medicamentos a comienzos de los años 80, incorporando listas positivas y también negativas, siendo España, en este caso, el último país de la Unión Europea en introducir una financiación selectiva. En términos generales, los países del sur de Europa -Portugal, Grecia e Italia-, además de Irlanda, Francia, Bélgica y Dinamarca, aplican listas positivas, lo que confiere a la limitación un carácter más restrictivo. Una lista positiva, a pesar de su denominación, es una lista en la que se incluyen las especialidades farmacéuticas que exclusi-

vamente pueden ser recetadas, y se considera no recetable el resto de las especialidades, no recetable y tampoco financiado.

Por otro lado, países de los que en general puede decirse que son más ricos que nosotros, como Alemania, Holanda, Luxemburgo, Reino Unido y Suecia, suelen aplicar listas negativas, lo que constituye un sistema de financiación más amplio, como anteriormente decía.

El origen más próximo, sin embargo, como ustedes conocerán, de esta decisión, arranca de los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera que, al final del pasado ejercicio, establecieron, y por cierto de manera unánime, con las comunidades autónomas ahí representadas un horizonte de financiación sanitaria con distintas líneas de actuación. Se determinó una aportación sostenible para los próximos años que se valoró en torno al IPC nominal más la incorporación de unos ahorros derivados de dos factores: en primer lugar, el control de la incapacidad temporal y, por otro lado, ahorros derivados de las medidas de racionalización del gasto farmacéutico.

Corresponde a esta comparecencia, evidentemente, analizar esta última fase. Sin embargo, yo no puedo pasar esta ocasión sin recordar que la financiación sanitaria para este ejercicio -como ustedes saben, ha sido un ejercicio de los más duros que ha habido en nuestro país, en términos de déficit público, por nuestros compromisos de entrada en la moneda única- ha sido la principal aportación al gasto social de nuestro país, cerca de 400.000 millones de pesetas adicionales, cifra nunca alcanzada en época constitucional. La Comunidad Foral de Navarra, mediante su sistema de financiación sanitaria, se va a ver beneficiada en una reducción de nuestra aportación al Estado en más de 2.800 millones de pesetas anuales, fruto de estos acuerdos específicamente sanitarios. Quisiera asentar ya la primera de las preguntas a la Cámara, y es decir si esto, si incorporar estos 400.000 millones más al sistema, si el poder Navarra deducirse unos 2.800 millones de pesetas adicionales a lo que se deduce de su aportación al Estado es poner en riesgo el estado del bienestar o la cobertura sanitaria de la población española.

Sobre lo que es propiamente la ampliación del Decreto de Financiación Selectiva, que creo que es su denominación más genuina, técnicamente, y desde el punto de vista de los compuestos propuestos, contiene tres partes completamente diferenciadas.

En primer lugar, contiene la desfinanciación de productos combinados a dosis fijas. Es la regla en otros países en cuanto a la desfinanciación. Existen, en cualquier caso, recomendaciones para reducir su uso por parte de la Organización Mundial de

la Salud, siempre con la idea de mejorar las condiciones de prescripción y de consumo. Por otra parte, ha sido, como creo que es conocido por todos, una estrategia de los grandes laboratorios asociar en un mismo producto comercial dos o más compuestos activos para aumentar sus ventas de manera proporcional. Desfinanciar la asociación no significa desfinanciar sus componentes por separado.

A pesar de que esto queda claro en la lista presentada, tal vez se hayan transmitido mensajes equívocos a este respecto, dando la impresión de que productos de extraordinaria importancia como el Nolotil analgésico o el Clamoxil antibiótico iban a quedar fuera de la cobertura pública. Esta parte de la lista supone cerca de un 50 por ciento, y en el fondo estimo que la medida pretende una defensa ante estrategias comerciales de los laboratorios que tienden a introducir el doble de producto en un mismo acto de prescripción. Estimo que ninguno de los aquí presentes creará que evitar esta estrategia de especulación comercial es mermar el estado de bienestar ni reducir las prestaciones sanitarias.

A pesar de la exclusión de todas estas especialidades, permanecen en la oferta de la Seguridad Social y, por lo tanto, siguen siendo financiadas las especialidades correspondientes, como monofármacos, de éstos compuestos asociados, a los que antes hacía mención.

En segundo lugar, la lista incorpora una serie de productos que se consideran de limitado valor terapéutico. Se entiende que hay un consenso significativo en esta materia y estima también la Administración sanitaria de la Comunidad Foral que existe en España un exceso de productos farmacéuticos, algunos de ellos de escasa eficacia -eso es algo demostrable-, incluso, de acuerdo con estudios específicos realizados en nuestro ámbito, se ha deducido que cerca de un 10 por ciento de la prescripción podríamos considerarla inadecuada. Yo quiero recordar incluso un titular de prensa -antes se hacía alusión a uno, yo puedo citar otro más, y creo que del mismo medio- donde, al hilo de una mesa redonda que el Departamento instó y participó, se titulaba que existía cerca de un 10 por ciento de prescripción inadecuada, que, en términos económicos, viene a suponer más de 1.000 millones de pesetas. Esto fue también noticia, fue también titular; y creo que es también algo a lo que hay que dar por lo menos reflexión y tal vez también propuesta. Como digo, este grupo de productos que se consideran de limitado valor terapéutico puede suponer aproximadamente el 30 por ciento de la lista.

El 20 por ciento restante de la lista lo componen medicamentos utilizados en síntomas y síndromes menores, es decir, en procesos que por definición debemos considerar como generalmente

cortos y autolimitados. Estos medicamentos habitualmente están excluidos de la financiación pública de los países de la Unión Europea. Y no significa, por otra parte, este hecho que los síntomas o síndromes menores dejen de estar cubiertos por el propio sistema, entre otras cosas, porque estos síntomas y síndromes menores se pueden producir en el contexto de enfermedades importantes, en algunos casos crónicas, o que pueden afectar a pacientes comprometidos de alguna manera en su estado clínico. Por tanto, podemos decir que estos compuestos son, por una parte, de utilización teóricamente puntual y limitada en el tiempo, pero, por otra parte, que la utilización continuada de determinados fármacos de este grupo, desde el punto de vista de la evidencia científica, puede estar contraindicada. Por lo demás, como comento, el tratamiento de las enfermedades y de los síntomas que pueden contener este otro grupo de síntomas o de síndromes menores está totalmente cubierto todavía hoy y lo estará durante muchos años por el sistema nacional de salud. Por tanto, podemos albergar la esperanza de que ningún paciente que padezca alguno de estos problemas se encuentra expuesto al riesgo de dejar de ser correctamente atendido. Como digo, este subgrupo es el que incorpora aproximadamente el 20 por ciento de los productos de la lista conocida por todos ustedes.

En la mayor parte de los casos, los medicamentos excluidos de la financiación pública coinciden en los distintos países. Por ejemplo, los expectorantes y mucolíticos, cuyo consumo en España alcanzó los 13.750 millones de pesetas el año pasado, financiados con fondos públicos, no tienen esta financiación en países como Alemania, Bélgica o Italia. Aquí, si me permiten una pequeña anécdota, les diré que uno de los compuestos cuya exclusión parece estar siendo más polémica, un compuesto del que no citaré la marca comercial pero que contiene la molécula denominada N acetilcisteína, es un mucolítico expectorante de este grupo. Este compuesto está desarrollado en Italia, es de patente italiana. En Italia excluyeron este compuesto de la financiación hace años, en estos momentos solamente se financia en España y creo que también, desde el punto de vista de la industria, ésta es una consideración que podríamos hacer, porque en el propio país de su producción no lo financian y en cambio en España lo seguíamos financiando hasta este momento.

Los antitusígenos, otro grupo de los aquí incluidos, supusieron 4.500 millones de pesetas en el año 1996 y están excluidos de la financiación en Portugal, Reino Unido, Italia y Alemania. Se puede afirmar, por tanto, que países con sistemas sanitarios de amplia cobertura, tienen excluidos de la financiación actualmente productos que siguen estando cubiertos por la legislación española y que sólo

parte de estos medicamentos se incorporarían a la lista negativa en nuestro país, por lo que las exclusiones serían en nuestro caso inferiores a la media europea.

Así pues, y como resumen de la lista conocida, habría que decir que más de la mitad de los compuestos son asociaciones comerciales basadas en estrategias de sobreoferta. Un 30 por ciento son de dudósísima utilidad y sólo un 20 por ciento son aplicaciones terapéuticas para síndromes menores.

Estamos en el fondo, y yo lo comprendo, a la hora de abordar seriamente cuál es la repercusión de esta posible lista, de esta actitud, ante un problema cultural. Yo comprendo que estamos ante un problema cultural de la sanidad, ese problema cultural que supone centrar todos los valores de la curación exclusivamente en los fármacos. Yo creo que es posiblemente el principal elemento de tergiversación pública de lo que ahora mismo se está debatiendo en nuestro medio, y, desde luego, dentro de esta determinada visión cultural de la sanidad, yo no me sitúo entre aquéllos que piensan, como recientemente nos decía un determinado presidente autonómico, que el Bisolvón forma parte de la cultura de nuestro país. Estimo que la sanidad es mucho más que la medicación, de la misma manera que la salud es mucho más que la sanidad.

Creo que pocas dudas pueden haber respecto a las presiones que se reciben en demasiadas ocasiones en las consultas de los propios médicos que forman parte de esta cultura. Desde la propia Administración sanitaria, conjuntamente con los médicos, se hace un esfuerzo por reconducir la situación hacia un uso más racional de los medicamentos.

Quiero decirles, señoras y señores Parlamentarios, que la lista negativa que conocemos acaba de iniciar su tramitación administrativa. La nueva lista negativa de medicamentos presentada ante la opinión pública corresponde únicamente al borrador del proyecto de Real Decreto por el que se amplía la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el sistema nacional de salud, que, como digo, se efectuó por primera vez en el año 1993.

Este borrador, como en el caso de todas las normas que promueve la Administración, es un documento preliminar que se someterá a lo largo de los próximos meses a la opinión de todas las instituciones, organismos y asociaciones afectadas, tanto de carácter profesional o científico como aquéllas que representan a los consumidores y usuarios y, en especial, a las personas mayores.

Asimismo, la lista negativa se someterá a la consideración de la Comisión Nacional para el uso racional del medicamento, órgano colegiado asesor de las administraciones sanitarias, en el que

están presentes el Consejo de Consumidores y Usuarios, la Organización Médica Colegial, el Consejo de Colegios de Farmacéuticos, Farmaindustria, los sindicatos representativos, en concreto Comisiones Obreras, UGT, ELA-STV y la Confederación Intersindical Gallega, las 17 Comunidades Autónomas, así como expertos independientes de reconocido prestigio en el mundo científico, tales como farmacéuticos y farmacólogos.

Además, este proyecto de norma se someterá al informe preceptivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano máximo de coordinación e información en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y a la consideración del Consejo Económico y Social del Estado.

Finalmente, el expediente completo, es decir, el proyecto definitivo de Real Decreto que incorpore las modificaciones oportunas, una vez tenida en cuenta la opinión de los numerosos organismos consultados, junto con las memorias justificativas del mismo y todos los informes recabados, se enviará al Consejo de Estado para que emita su dictamen preceptivo, previo a su aprobación por el Consejo de Ministros.

Estamos, por tanto, señorías, señor Presidente, ante un trámite que la Comunidad Foral va a utilizar en defensa de nuestros planteamientos sanitarios, y lo haremos con el detalle que luego se especificará. Debo añadirles, además, en este punto que tanto en las reuniones formales como en las más bilaterales este Consejero ha trasladado íntegra y convencidamente el acuerdo parlamentario de esta Comisión del día 26 de noviembre del año 97, en el que manifestaba esta Cámara y asumía el Departamento con pleno convencimiento la imperiosa necesidad de buscar fórmulas de actuación en el uso racional y rechazábamos conjuntamente, por tanto, medidas que conllevaran algún menoscabo de las prestaciones sociales y de la calidad del sistema sanitario.

Este proyecto, por tanto, va a tener, entiendo yo, suficiente transparencia como para poder al final incorporar nuestra opinión en su procedimiento de aprobación final. Quiero hacer una referencia que considero necesaria también al contexto de la prescripción farmacéutica en Navarra. Quiero decirles que la llegada de este Gobierno ha supuesto un impulso evidente a la política de uso racional del medicamento. Y un impulso no retórico o voluntarista, sino un impulso real, un impulso convencido de que así se compatibilizará el ahorro necesario con los criterios de la buena prescripción, la prescripción más equitativa y la que mejor se fundamenta en la medicina basada en la evidencia. La prescripción así será más adecuada a las posibilidades económicas del sistema, pero sobre todo será

completamente respetuosa con la relación médico-paciente.

La evolución del gasto de farmacia durante los últimos años en cifras absolutas y comparativas con el gasto sanitario total nos dice que en Navarra se ha seguido una evolución creciente en el porcentaje de dedicación de gasto farmacéutico al gasto sanitario, de tal manera que en el año 1997, de los 11.249 millones de pesetas que se aplicaron a la farmacia, se deducía un 17'17 por ciento de participación en los más de 65.000 millones de pesetas que supone el presupuesto general del Servicio Navarro de Salud. Hay que tener en cuenta que esta cifra del 17'17 por ciento, que fue, por cierto, del 17'08 por ciento en el 96 y del 16'43 por ciento en el 95, es inferior a las que se manejan a nivel nacional -alrededor de un 20 por ciento-, debido, estimo, entre otras razones, a que nuestro gasto sanitario es superior y, por tanto, el denominador de ese ratio es mayor.

A final del año 96 se inició en el ámbito de la atención primaria el desarrollo de un programa de objetivos con los equipos de atención primaria que sirvió de base para el actual plan o contrato de gestión de atención primaria, en el que se hacía una específica referencia al programa de uso racional y, en concreto, al ámbito de los genéricos. Uno de los objetivos planteados era aumentar la dispensación de genéricos, describiéndose para su seguimiento un indicador que valoraba la aplicación del número de envases de veinticuatro especialidades de genéricos, dividido por el número de envases totales. La Administración entendía en aquel momento que este indicador debía situarse por encima del 1 por ciento. El número de veinticuatro especialidades de genéricos hace referencia a principios activos que suponían un total de alrededor de 100 presentaciones que los contenían.

Quiero decirles que no existían en aquel momento en el mercado genéricos auténticos, lo que actualmente se denomina especialidad farmacéutica genérica, EFG, debido a un problema de patentes de registro en nuestro país antes de nuestra incorporación a la Comunidad Europea. Debido a ello se seleccionaron éstos por ser de gran consumo y por existir en el mercado algunas especialidades -que en realidad eran copias- que tenían la denominación del DCI seguido del nombre del laboratorio y que poseían unos costes de entre el 20 y el 40 por ciento inferior a las más consumidas de esos principios activos.

Esta actuación en el área de los genéricos se completó con una publicación que recogía aquéllos sobre los que quisiéramos actuar, que se remitió a todos los facultativos de atención primaria. Asimismo, y dada la confusión creada en torno a estos medicamentos, propiciada fundamentalmente por la industria farmacéutica, en el sentido de intentar

presionar a los médicos para que no los prescribieran por entender ellos que eran de dudosa seguridad y eficacia, se publicó un editorial en el BIT, en el Boletín de Información Terapéutica, de enero del año 1997, donde los farmacéuticos de atención primaria fueron informados, tanto a través de esta publicación como a través de informaciones específicas, sobre este tema.

Como podemos comprobar a lo largo de las cifras que se desagregaron de aquellas actuaciones, la prescripción en genéricos ha sufrido una tendencia alcista, pasando de ser el 1'2 por ciento en el inicio del año 1995, al 2'1 por ciento de los envases prescritos actualmente por los facultativos del Servicio Navarro de Salud. En concreto, este 2'1 por ciento supone 137.447 envases de genéricos en el año 1997. Sin embargo, como comentaba, estábamos actuando sobre algo que no eran propiamente los genéricos, pero quiero recordar que en diciembre del año 1996, con Administración del Partido Popular, la Ley 13/96, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado y de medidas fiscales, administrativas y de orden social, en su artículo 169 modifica el artículo 8 de la vigente Ley del Medicamento, definiendo la especialidad farmacéutica genérica EFG, de acuerdo con una serie de circunstancias, donde se considera la igual composición cualitativa y cuantitativa de las sustancias medicinales tanto como la demostración de la bioequivalencia en los análisis clínicos pertinentes.

Actualmente, en concreto cuando se realizó este último contaje, con fecha 19 de febrero del año 98, existen registradas con autorización de uso de cupón precinto, por tanto dentro de la oferta del sistema nacional de salud, 39 especialidades farmacéuticas genéricas, correspondientes a los siguientes principios activos, que son 11: el alopurinol, el alprazolam, la amoxicilina, el atenolol, el captopril, el diclofenaco, el gemfibrozilo, el naproxeno, la nifedipina, la ranitidina y el tamoxifeno.

Además existen 118, para las que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha facilitado el conforme sanitario, estando pendientes del precio y de la autorización del cupón precinto, pero que en breve estarán en el mercado. Está previsto que cuando exista un número suficiente de genéricos, aproximadamente en tres o cuatro meses, se establezcan posteriormente los precios de referencia para algunas especialidades farmacéuticas dentro del sistema nacional de salud.

Quiero decirles, señoras y señores Parlamentarios, que desde el Departamento percibimos la existencia de un Ministerio con política farmacéutica especialmente decidida en el ámbito de los genéricos. Entendemos que existe una voluntad ministerial clara en el ámbito de los genéricos. Por primera vez se ha definido el concepto de genérico

a los efectos legislativos, y el Ministerio de Sanidad y Consumo ha incluido en su programación de actividades una línea específica que refuerza y acelera la tramitación administrativa de estos compuestos. Pero, al mismo tiempo, hay que destacar esa voluntad junto con el hecho de que hay que hacer notar que los criterios para la autorización final han de ser estrictos hasta el extremo. Las pruebas de bioequivalencia de estas moléculas han de ser todo lo estrictas que se requiera como para poder garantizar que, una vez en el mercado, no van a poder desprestigiarse por la competencia instalada.

Parece palpable que las propias empresas dominantes del mercado tienen preparados equipos de contraanálisis que denunciarían cualquier defecto farmacocinético o farmacodinámico de estos nuevos productos y pretenderían quebrar su potencial como elemento de prescripción. De la misma manera, el Ministerio de Sanidad y Consumo está priorizando la autorización de los genéricos denominados ofensivos, aquéllos que se presume que pretenden propiciar un evidente interés de sus productores por ganar cuota de mercado, frente a aquéllos que puedan ser solicitados por empresas filiales a las originales depositarias de la patente, con el solo propósito de actuar de manera defensiva frente a la entrada de esta competencia.

Tras la aparición real de los genéricos en el mercado, en número suficiente, veremos el establecimiento de los llamados precios de referencia, que supondrá aplicar la financiación estrictamente al valor terapéutico de las especialidades, prescindiendo de la aplicación de la financiación hacia los gastos comerciales o de marca.

No es, pues, que se vaya lento en el ámbito de los genéricos. Se va más seguro que lento; la seguridad en un proceso de reforma de las circunstancias que la prescripción merece.

Sobre los medicamentos de utilidad terapéutica baja, los coloquialmente denominados UTBs, las intervenciones realizadas se orientan en Navarra hacia la no prescripción de fármacos de utilidad terapéutica baja en nuestro ámbito de referencia.

Se llevan a cabo sesiones informativas con los médicos de atención primaria, se ha establecido una relación de especialidades UTB, y en el año 1997 se publicó y distribuyó un libro sobre alternativas terapéuticas o de hábitos saludables ante la utilización de los UTB.

También en el pacto por objetivos de atención primaria se incluye un indicador de utilización de los UTB. Podemos observar que en Navarra se ha producido una disminución en el consumo de estos medicamentos de aproximadamente el 10 por ciento de los envases a lo largo del año 97, lo que podemos colegir que ha supuesto un ahorro de aproximadamente 82 millones de pesetas.

Hay una serie de subgrupos que han experimentado un mayor descenso en este número de envases, como fundamentalmente representan los antiespasmódicos y anticolinérgicos, los antibióticos asociados a sulfamidas tópicos, los antibióticos asociados entre sí, los expectorantes y mucolíticos y los propios antiasmáticos asociados.

Todos estos subgrupos, por cierto, se proponen para excluir en el proyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo. No obstante, esta propuesta, la del Ministerio, recoge que, en el caso de los expectorantes y los mucolíticos, se exceptuarán de excluir aquellos monofármacos para utilización en la EPOC y en las enfermedades asociadas.

También hay una línea de trabajo sobre la utilización de antibióticos. A partir de octubre de 1996 se inició una campaña por todas las zonas básicas de Navarra con sesiones impartidas por farmacéuticos de atención primaria en las que se orientaba acerca del uso racional de los antibióticos. Quiero recordar algo que muchos de ustedes sabrán, y es el hecho de que el antibiótico es el fármaco que no sólo daña más a quien lo utiliza mal, sino que es también un potencial agente dañino para el resto de las poblaciones, puesto que puede generar cepas resistentes a determinados grupos de antibióticos. Por tanto, se estima que el antibiótico no sólo daña a quien lo utiliza mal sino que también puede dañar a los demás.

Se ha reducido, estimamos, de acuerdo con los datos del Departamento, en los envases prescritos un ahorro de cerca de 70 millones de pesetas en el año 97, con respecto al año anterior. Se ha hecho una valoración también en el Departamento de Salud de la repercusión que tuvo para Navarra el Real Decreto 83/93, de 22 de enero, y la Orden Ministerial de 6 de abril, que establecieron por primera vez un sistema de selección de medicamentos a efectos de su financiación por el sistema nacional de salud. Los aspectos fundamentales que contemplaba aquella normativa, como algunos de ustedes sabrán, afecta únicamente al medio extrahospitalario, y planteaba dos alternativas: la alternativa de la propia financiación y la alternativa de la propia aportación del consumidor final.

Referente a la propia financiación se excluyeron determinados subgrupos de medicamentos que podemos incluirlos en tres grupos fundamentales: los medicamentos cuya finalidad terapéutica era la higiene para síntomas y síndromes dermatológicos; los medicamentos destinados a síntomas menores; y también los medicamentos autorizados como supletorios alimenticios, como anabolizantes o productos antiobesidad.

El número de presentaciones que se retiraron en aquel entonces de la financiación superaba las 1.700 presentaciones, con un precio medio no

mayor de cuatrocientas pesetas. Por otra parte, es evidente que la mayoría de estos medicamentos poseía un valor terapéutico dudoso o no demostrado, y que existían además alternativas terapéuticas superiores que impedían la aparición de vacíos terapéuticos.

Se contemplaba también la posibilidad de prescripción por los médicos del sistema sanitario público, pero el usuario debería abonar, en ese caso, el cien por cien de su importe. Quiero decir con esto que la llamada receta blanca dentro del sistema sanitario público no la ha inventado el Gobierno de José María Aznar; la receta blanca estaba inventada de la anterior Administración socialista. Esta prescripción, como digo, se debía realizar en receta especial, la llamada receta blanca, y en Navarra se incorporó a la entrada en vigor de esta normativa, en concreto el 25 de julio del año 93.

Hay una evaluación sobre cuál fue el impacto de aquella medida en Navarra, que creo que es interesante considerar para valorar también qué es lo que puede dar de sí ésta nueva que ahora se propone. Normalmente detectamos que los primeros doce meses, desde la entrada en vigor de la norma, se presentaron cifras de aumento interanual del gasto por encima del 8 por ciento.

Un aspecto controvertido de aquel Real Decreto fue el posible efecto sustitución de los medicamentos excluidos por otros que sí estarían incluidos y serían de precio medio mayor. Sin embargo, no se conocen estudios reales y solventes que demuestren ese efecto de sustitución de unos medicamentos por otros, y sí se comprobó, sin embargo, una disminución del número de recetas facturadas. La disminución del número total de recetas dispensadas se corresponde, lógicamente, con la disminución del número de recetas de especialidades que se produjo en los años 93 y 94. En aquel momento no se realizó una evaluación más exhaustiva debido a que el sistema de información no permitía el detalle que actualmente tiene.

Quiero recordar que la misma Orden Ministerial de aquel entonces actualizó la lista de medicamentos de aportación reducida, pero también aumentó ésta a un máximo de 400 pesetas. El impacto de la medida fue muy pequeño en términos económicos finales.

De acuerdo con la actual propuesta que conocemos de exclusión de subgrupos terapéuticos de la prestación farmacéutica del sistema nacional de salud, podemos decir que se contempla la exclusión de 588 especialidades farmacéuticas, que suponen 705 presentaciones. Además, se excluyen 281 especialidades con 321 presentaciones que ya estaban de baja, pero que, por su caducidad, podían encontrarse todavía en el mercado. Por tanto, son un

total de 869 especialidades las que se propone retirar, que suponen aproximadamente el 7 por ciento del total de especialidades.

Ya he dicho anteriormente que los criterios de elaboración de esta lista incorporaban tres realidades distintas: los principios de una asociación, las especialidades farmacéuticas destinadas a síntomas o síndromes menores, y también unos medicamentos con beneficios terapéuticos que se consideran limitados.

Hay una evaluación del impacto que esta medida puede suponer en Navarra. Esta evaluación se hizo primeramente por parte del Departamento de Salud, de acuerdo con lo que era en ese momento un interés de los medios de comunicación, a solicitud de los medios de comunicación, y, según estos cálculos que se han realizado, y que no quiero aburrir con ellos, podemos deducir que, si se mantuvieran las mismas cifras anuales de consumo del año 1997, el ahorro total previsto para el sistema sanitario público de Navarra sería de 342 millones de pesetas. Evidentemente, ésta es una cifra de emulación, es una cifra que sería considerando como único elemento de juicio el consumo realizado en el año 97, y evidentemente los consumos varían y también varía el momento en que esta medida podrá ser incorporada. Por tanto, la cifra de 342 millones es una cifra solamente orientativa, y diría incluso orientativa a efectos periodísticos. El impacto, como digo, supone esos 342 millones, con esa concreción, que es aproximadamente el 3 por ciento del total de la prestación farmacéutica del Servicio Navarro de Salud y que supone un impacto de aproximadamente el 0'4 por ciento del gasto sanitario público foral.

Quiero con este motivo, señoras y señores Parlamentarios, continuar haciendo una referencia a lo que podría denominar un contexto económico y de equidad de la prestación farmacéutica. Creo que será ilustrativo citar una serie de ejemplos que pueden ser entendidos por todos. De la economía evidentemente hay que hablar, aunque no sea la primera prioridad de nuestra actuación, como no lo es. Quiero decirles que, por ejemplo, el gasto que podemos prever para el tratamiento farmacológico del SIDA en el estricto ámbito de los hospitales de Navarra será de unos 400 millones de pesetas para 1998. Como ustedes saben, los avances de la investigación en esta materia son tanto una exigencia asistencial como una demanda social.

Por otro lado, un trasplante hepático, cada día más frecuente por la ampliación de las indicaciones y por la prevalencia creciente de la hepatitis y de la cirrosis, viene a suponer un gasto mínimo de unos 7 millones de pesetas. Un desfibrilador implantable, de los que se indican cada vez más conforme avanza el conocimiento preciso de las arritmias cardíacas, cuesta unos 4 millones de

pesetas. Un enfermo de hemofilia resistente al factor VIII puede llegar a consumir en los brotes cerca de 40 millones de pesetas de factor VII recombinante en unos plazos breves de tiempo. O, por referirme a algo más común, y desde luego menos cercano a la patología grave, la puesta en práctica del parto con epidural en el área de Estella supone unos costes adicionales de unas 45.000 pesetas por parto. No quiero de todas formas, señoras y señores parlamentarios, que vean en estos datos ningún tipo de reproche o de duelo por que tengamos que aplicar fondos a ello; al contrario, estimo que la existencia de un sistema sanitario público se justifica, entre otros muchos motivos, por esta posibilidad que nos da a todos de cubrir la contingencia de la enfermedad.

Los sistemas de aseguramiento público de nuestro entorno nacen cuando los medios técnicos y terapéuticos necesarios para curar o paliar el mal sobrepasan las posibilidades de accesibilidad material y económica de algunos ciudadanos. El hecho, pues, de que podamos dar esperanza a los enfermos de SIDA, o un trasplante a los hepatoin-suficientes, o que salvemos la vida a los pacientes con casos raros de hemofilia, o que las mujeres de Navarra puedan dar a luz sin un dolor innecesario es un orgullo para quienes creemos en los valores que el aseguramiento público de la salud representa. Pero no por ello podemos huir de un planteamiento que es ético e inmutable, que es la utilización eficiente de los recursos sociales aportados.

Tanto como el principio de solidaridad o el de equidad, el principio de eficiencia es inmutable, perenne y con múltiples lugares de aplicación, y debería centrar una parte importante del interés que la sociedad en su conjunto ha de acreditar sobre su sistema sanitario.

Hay que hacer, por tanto, una consideración también financiero-sanitaria. Sin embargo, creo que en este tema podemos ver que existe esa dimensión, una dimensión de consideración financiera de esta medida. No es, desde luego, el motivo por el cual yo creo que esta medida debería haberse adoptado. Pero existe, y eso es incontestable, una dimensión de consideración financiera de esta medida. Yo creo que sería difícil que ninguno de los aquí presentes, por el hecho de ser los responsables en el fondo de autorizar un presupuesto que finalmente el Gobierno ejecuta también en materia sanitaria, nieguen el hecho de que hay unos recursos limitados, que son el fruto de las aportaciones de los contribuyentes.

Desde hace años, yo creo que la habitual demagogia de quienes se saben opciones minoritarias y alejadas de la posibilidad de que los ciudadanos les otorguen la encomienda de gobernar ha sembrado en la opinión pública española lo que yo denominaría como "el mito del arcón". Para ellos,

la Administración Pública se construye por unos políticos que al llegar al poder se asientan sobre un arcón lleno de doblones de oro y aceptan desde ese momento un papel de racionadores del dinero sobre el que se sientan. Creen, desde esa falta de madurez política, que los recursos son tan ilimitados como de origen extratributario, y que por ello hay siempre posibilidad de acometer todo lo que aflora como demanda. Esta concepción cuasibenéfica del Estado, propia de los países de menor conciencia fiscal, es la que se traduce de las habituales propuestas en los debates presupuestarios de algunos partidos que creen que así se puede practicar el clientelismo social.

En el entorno social de la Organización Mundial de la Salud, "The Ljubljana charter on reforming health care" estableció en 1996 unos principios inspiradores que forman parte de la experiencia de países de nuestro entorno, en el ámbito de sus reformas respectivas. La carta se fundamentaba en el principio de que la asistencia sanitaria deberá perseguir, ante todo, la mejor salud y calidad de vida de la población. Pues bien, uno de sus principios quedó establecido textualmente como sigue: "La financiación de los sistemas sanitarios debe permitir la prestación de cuidados a todos los ciudadanos, de una forma sostenible".

Impone una dualidad: sí a la financiación suficiente, pero no a una financiación que contemple pasivamente la ilimitada progresión creciente del gasto. Es necesaria una sostenibilidad, porque esa sostenibilidad será la que permita la pervivencia transgeneracional de nuestros actuales niveles de cobertura.

Como señaló incluso el Comité Dunning en Holanda, escoger en el ámbito sanitario exige equilibrar la meta de una asistencia para todos con la necesidad de contener sus costes.

Y en nuestro ámbito más cercano, el profesor de la Universidad Pública de Navarra Juan Cabasés escribía recientemente -cito textualmente- que "El sistema sanitario público español afronta tres tipos de restricciones, externas, técnicas y políticas, que amenazan su viabilidad financiera y obligan a introducir algún mecanismo de establecimiento de prioridades. No todo lo que existe y es autorizado puede ser financiado públicamente. Establecer prioridades consiste en determinar quién recibirá qué servicios, reconociendo la imposibilidad de mantener un sistema sanitario sin límites. Se trata de una cuestión fundamentalmente ética, con implicaciones económicas, sociales y jurídicas". Fin de la cita.

Hablar de sanidad, por tanto, señoras y señores Parlamentarios, es también hablar de conciencia fiscal. Yo creo que la conciencia fiscal mejor enten-

dida es aquella que siempre establece la referencia del gasto en la potencialidad de los ingresos y que, además, sabe razonar el gasto en términos de coste-oportunidad. Administrar y gestionar el presupuesto público siempre es saber priorizar. Esto sirve en términos generales, pero mucho más en un sentido aplicado a la sanidad.

La realidad del gasto sanitario tiene que trascender al concepto de insuficiencia, o suficiencia financiera de los presupuestos, y saber presentarse ante la sociedad, de la cual también ustedes son responsables, como la necesidad de que los administradores y los políticos tenemos de saber priorizar nuestras opciones. A nadie se le oculta que cada vez hay un mayor número de posibilidades para aplicar el gasto sanitario, a causa de las demandas sociales en algunos casos, pero, en la mayoría, producto de las aportaciones tecnológicas y de los nuevos medios terapéuticos y diagnósticos. Se sabe que en sanidad la tecnología no es sustitutiva, como lo es en el ámbito de la producción industrial, sino que es acumulativa y, por tanto, inflacionista de costes. El PET, por ejemplo, no sustituye a la resonancia nuclear magnética, como ésta tampoco arrinconó el tomógrafo axial computerizado, ni éste dejó obsoletas las radiografías simples. Las opciones de gasto tienden a ser ilimitadas, y no siempre implicarán una asignación que mejore la salud en términos de aumento de los años de vida, disminución de la morbilidad o reducción de la mortalidad de los procesos.

En el ámbito farmacéutico, señoras y señores Parlamentarios, ocurre algo parecido. Ahora todo el mundo parece cuestionar la ampliación de la lista negativa, pero todo el mundo parece olvidarse al mismo tiempo de que constante y permanentemente se están introduciendo nuevos fármacos en el mercado, que reciben tan eficaz como silenciosamente la financiación del sistema. El año pasado, como ejemplo, se registraron e introdujeron en la financiación pública 432 nuevas especialidades, con unos precios promedio de entre 5.000 y 6.000 pesetas por unidad. Como media, se incorporan anualmente a la financiación unos 400 nuevos productos, que imputan costes diez veces mayores que la media de lo que se pretende retirar ahora. Lo que ahora se elimina tiene un coste promedio de 543 pesetas.

Finalizo ya, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, con la definición más exacta que sea capaz de lo que puedo considerar como nuestra actitud política en este caso. No nos ha gustado la decisión del Ministerio. No nos gusta ni en el fondo ni en la forma. El fondo consiste en fundamentar una decisión de índole terapéutica en una necesidad de orden financiero. No digo que no sean términos confluyentes o compatibles; digo que el origen real y percibido de esto que se viene en

denominar el medicamentazo es la necesidad de aflorar unos ahorros que el sistema necesitaba para sí. Tal vez, de un análisis exclusivamente sanitario de la medida, hubiéramos llegado al mismo punto y a proponer una decisión parecida, pero, sinceramente, creo que la opinión pública y especialmente nuestros mayores y jubilados no se merecen, como decía el señor Ezpeleta, la preocupación que están pasando, una vez despejadas otras posibles preocupaciones como la de la consolidación del sistema de pensiones y de protección social, que se ha hecho con el actual Gobierno de José María Aznar. Y reconozco esta preocupación, y la justifico, en la medida en que saben que la decisión emanó no de una comisión de uso racional del medicamento, sino de un consejo de política fiscal.

Tenemos en estos momentos un trámite que cumplimentar, y la actitud que pretendo trasladar en ese trámite será en todo caso congruente con los acuerdos parlamentarios, con las opiniones de los profesionales y también con nuestro trabajo en este campo como Departamento de Salud, al que antes hacía referencia.

Hablaba del fondo, hablo también de la forma. En la forma, no puedo compartir el hecho de que no se hubiera cerrado un trámite de consultas previas o de implementación de una decisión compartida por las comunidades autónomas con competencias en esta materia. No puedo compartir, tampoco, una deplorable comunicación pública de la lista, incluyendo en ella nombres comerciales habitualmente conocidos y sin especificar las medidas de aportación concreta a los enfermos crónicos. Pero mucho menos puedo compartir las actitudes de algunas autonomías en este tema.

Entre todos deberíamos procurar la tranquilidad de la sociedad en un tema tan nuclear como el cuidado de la salud por los poderes públicos. Las autonomías que se han revelado lo hacen temerariamente, sin aceptar que existe, hoy por hoy, un trámite al que pueden acogerse, igual que lo va a hacer Navarra. El despropósito es mayor cuando autonomías con enormes disfuncionalidades sanitarias, con elevadísimos gastos farmacéuticos, con asfixiantes deudas sanitarias se permiten desequilibrar todo un panorama de coherencia nacional de nuestro sistema de salud. Y peor todavía, aquellas autonomías que además no tienen que cuadrar un presupuesto sanitario, puesto que no han accedido a las competencias en la materia.

¿Cómo puedo definir la actuación de las Administraciones? El Ministerio, mal; pero las comunidades autónomas que se rebelan, peor. El Ministerio no ha sabido componer esta decisión desde el Consejo Interterritorial y ha sido deficiente la fase de consultas con las autonomías, así como la propia difusión pública de este proyecto. No estoy conforme ni de acuerdo con el manejo público que ha

hecho de este asunto. Pero las comunidades autónomas que se han adelantado a proponer medidas de rechazo práctico de esta medida han tergiversado el debate de fondo de esta medida e incluso ponen un punto de preocupación sobre lo que puede dar de sí el estado de las autonomías en el campo sanitario.

Después de ver lo acontecido en toda España con la vacunación de la meningitis C, yo creía que ya lo había visto todo en los despropósitos de composición autonómica de las decisiones en materia sanitaria. Pero aún puedo quedar más asombrado, si cabe, si llegamos al panorama en el que los ciudadanos españoles tengan distintas coberturas de prestación farmacéutica de acuerdo con su administración descentralizada. Las comunidades autónomas no pueden renunciar a participar en el proceso reglado de reforma de esta medida y, al mismo tiempo, el Ministerio debe ser más sensible y transparente hacia nuestros propios planteamientos.

Hemos solicitado por escrito las aportaciones de las asociaciones profesionales, colegiales y de consumidores de la Comunidad Foral, para trasladar los frutos de esas opiniones -relevantes para nosotros- como manera de construir la opinión de Navarra en esto.

¿Qué postura vamos a trasladar, por tanto, al Ministerio? Una postura que obligatoriamente se va a caracterizar por ser una opinión compartida y consensuada por las aportaciones de este Parlamento acordadas en fecha 26 de noviembre, por los propios criterios del Departamento de Salud en congruencia con nuestra línea de trabajo de uso racional y con las aportaciones de las asociaciones profesionales y de consumidores que hemos solicitado específicamente. Rechazamos esta medida, en su fondo y en su forma, pero sabemos que existe un cauce civilizado para contrarrestar sus efectos.

Hubo una frase de la que fuera Ministra de Sanidad de Francia, que resume la actitud de servicio y compromiso que en ese desempeño hay que tener. Simone Veil dijo: "Yo soy la Ministra de los enfermos". Salvando la distancia y el rango, tengo que decirles que yo soy el Consejero de los enfermos. Y mi obligación será siempre salvaguardar el acceso a la curación de cualquiera que lo necesite. Que nadie dude de que nuestra actitud en este tema será la de hacer valer el acceso de todos, en condiciones de igualdad, a las medicinas que sirvan para curar o paliar síntomas. Que nadie dude de que se va a garantizar a cualquier precio el que ningún navarro tenga una carencia de ningún medicamento que necesite. Pero sepan, señoras y señores Parlamentarios, que no sólo debo proteger a los enfermos de la enfermedad, sino también de la manipulación, de la demagogia y del amedrentamiento políticamente interesado.

Reconozco la actitud de los médicos capaces de acercarse a la correcta prescripción, en la que podemos combinar lo económico con lo sanitario, tanto como creo que es absoluta y radicalmente defendible y respetable la relación entre el médico y el paciente.

Lanzar una financiación selectiva de medicamentos podría servir, en todo caso, para que la institución sanitaria en su conjunto respaldara definitivamente una actuación que de facto se realiza ya a título individual por un amplio colectivo médico en España y especialmente en Navarra. Del mismo modo, la prescripción de calidad sigue oponiéndose aparentemente en nuestro ámbito a una sobreoferta farmacéutica y a los propios datos de frecuentación del sistema, que a nadie escapa la realidad de que es desmesurada.

Del triángulo responsable del gasto farmacéutico que se establece entre la Administración, la industria y el médico prescriptor, realmente el usuario sólo observa la arista correspondiente al profesional de la medicina. El mismo que se somete a la presión de la industria, la de otros niveles asistenciales y las de la propia Administración y de su propia formación.

Entendemos que el médico es el primer administrador de los recursos que dispone y el producto final que maneja se llama salud. La salud es poco mensurable, pero, para hacerlo, cabe tener en cuenta las modificaciones que se producen en los hábitos, en las conductas y en las características de la propia población. También en su actitud frente al medicamento.

Estimamos que desde la atención primaria se debe propugnar este cambio, que es un cambio cultural y que es tarea de todos, de modo que el cliente de la Seguridad Social se convenza de qué es lo que realmente recibe y acuda a nosotros con expectativas que tal vez tengan que ser distintas a las actuales.

No podemos hacer, por tanto, señoras y señores Parlamentarios, que la financiación selectiva se convierta en un mero trámite burocrático ni en una decisión financiera ni, lo que es peor, en un motivo más de insatisfacción de los pacientes o de las clases menos favorecidas.

La Administración sanitaria de la Comunidad Foral, y voy terminando, quiere racionalizar el gasto en farmacia sin modificar el principio de equidad y la cobertura universal. Por mi parte, garantizaré por todos los medios disponibles que a ningún navarro le va a faltar ningún medicamento que necesite, ni ningún auxilio necesario para su salud e integridad.

Quisiera finalizar, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, afirmando algo más de una manera comprometida. "Vaya por delante que

estoy convencido de que el sistema nacional de salud debe limitar sus prestaciones para ser viable a medio plazo. Estimo que los que se oponen sistemáticamente a cualquier limitación de prestaciones están allanando el terreno a los que desean que el sistema nacional de salud entre financieramente en crisis para trocearlo u dividirlo en subsistemas más o menos privatizados, siguiendo el modelo estadounidense". Fin de la cita.

Esta frase, que suscribo en su integridad, no la he redactado yo. Pertenece a un artículo original firmado por el ex Ministro de Sanidad socialista Julián García Vargas. Quisiera que la pudiéramos tomar como punto de partida para quitar demagogia y ventajismo a esta polémica.

El Gobierno de Navarra está convencido de que aumentar el gasto en sanidad equivale a una mejor atención al ciudadano y que es la propia sociedad, a través de sus legítimos representantes políticos en las Cortes Generales y en el propio Parlamento de Navarra, la que decide cuáles son las necesidades sociales que el Estado debe atender y el esfuerzo económico que está dispuesta a realizar para financiarlas. Entre estas necesidades sociales, la asistencia sanitaria ocupa un puesto relevante para este Gobierno de Navarra, y muy especialmente para este Consejero. Nada más. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Cíaurriz Gómez): *Gracias, señor Consejero. Suspendemos la sesión.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 13 HORAS Y 44 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 13 HORAS Y 49 MINUTOS.)

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Reanudamos la sesión. Señor Ezpeleta, ¿desea intervenir?*

SR. EZPELETA MARTINEZ: *Sí, señor Presidente, deseo intervenir, pero le rogaría un poquito de flexibilidad para que pudiera llegar el resto de los miembros de esta Comisión y pudiera participar en el debate y enriquecerlo con sus aportaciones. Si la Presidencia lo tiene a bien, le rogaría un minuto de flexibilidad.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias. No tengo ninguna prisa, sólo que han sido precisamente ustedes quienes me han inquerido a que reanudase la sesión. Muchas gracias. (Pausa). Reanudamos la sesión definitivamente. Señor Ezpeleta, tiene usted la palabra.*

SR. EZPELETA MARTINEZ: *Muchas gracias, señor Presidente, por su flexibilidad y amabilidad. El señor Consejero de Salud nos ha hecho en su intervención dos partes muy diferenciadas. Una*

primera parte que, de alguna manera, ha sido una conferencia político-financiero-fiscal que, sin duda, ha respondido a lo que él mismo ha manifestado de las fuentes en las que suele beber su documentación, lógicamente las fuentes del PP. En estos tiempos en que España va bien -para algunos evidentemente- y en que hay un período de expansión económica, en el que las políticas del Partido Popular aprovechan para reducir la carga fiscal a las rentas del capital, para anunciar rebajas del IRPF que posiblemente beneficiarán a las rentas más altas, para subir los sueldos de los Secretarios de Estado en un 33 por ciento -parece que el 33 es una cifra mágica, porque con el recetazo se pretendió ahorrar 33.000 millones- se anuncia, señorías, un recorte de prestaciones que, sin duda, va a incidir en mayor medida sobre las rentas más bajas y, sobre todo, en las personas mayores con enfermedades crónicas.

Es evidente que compartimos parte de la última aportación que ha hecho el señor Consejero, en cuanto a que no comparte ni el fondo ni la forma; es evidente que esta medida no se ha consensuado con nadie. Yo he podido leer, como sin duda habrán leído todas sus señorías, aportaciones de todo tipo, desde colegios de médicos, de farmacéuticos, de colegios científicos, y no ha habido ni una sola reunión cuando el señor Subsecretario, de quien el señor Consejero nos ha leído la primera columna de su artículo publicado en la prensa el lunes día 23 -lo que indica que sigue bebiendo en las mismas fuentes-, lógicamente no ha consensuado con nadie, y en eso compartimos el rechazo en la forma, pero queremos incidir mucho más todavía en el fondo.

Creemos que esto es un recorte de prestaciones puro y duro, al que los ciudadanos de Navarra de ninguna manera deben verse sometidos. Creemos que este Gobierno tiene que hacer ver que el sistema sanitario de Navarra cohesiona a la sociedad, que está muy encima de estos criterios, y, sin duda, le vamos a apoyar en todo lo que son políticas de uso racional de medicamentos. En eso va a tener siempre todo nuestro apoyo, porque llevamos luchando mucho tiempo. Queremos avanzar en la política de genéricos y en la política de precios de referencia. Nos hubiera gustado oírle hablar del tema de unidos, que no se ha tocado, y creemos que se puede establecer en Navarra, por ser una comunidad pequeña y con los sistemas que tenemos estructurados, y que motivando y organizando de alguna manera, se podría introducir en la Ley de atención y de ordenación farmacéutica. Creemos que se pueden introducir las dosis terapéuticas para que los ciudadanos puedan percibir y puedan llevar, como se hace en el resto de Europa, los medicamentos que realmente tengan que tomar, y que ninguno de nosotros tengamos que tener los

botiquines y todas las cosas que tenemos por ahí y que terminan con un buen criterio, si es que terminan así, en los países más necesitados.

Pero creemos que estas medidas de tipo político-financiero-fiscal no las podemos asumir bajo ninguna circunstancia; creemos que los ciudadanos de Navarra han establecido un rechazo absolutamente total a esta medida. Eso es algo que se percibe, es algo que ha motivado una verdadera alarma e inquietud social, y ha motivado también que por todos los grupos de esta Cámara -y creemos que prácticamente en todos los Parlamentos del país- se haya rechazado esta medida y se hayan presentado mociones, resoluciones y propuestas no de ley que imposibiliten la aplicación de esta medida, porque no es una medida sanitaria ni una medida que responda al consenso; es una medida injusta porque conculca la equidad y la solidaridad y, de alguna manera, afecta siempre a las personas más necesitadas. Y eso no es una política demagógica ni una política de buscar clientelismo. En todo caso, de eso saben ustedes mucho más que nosotros. Nosotros lo que queremos son siempre políticas de utilización racional.

Navarra está en una situación económica que no hay que ponerla en posición de crisis, de que igual la sanidad el año que viene no le podrá hacer un trasplante de hígado; eso sí que es demagogia, señor Consejero. Los ciudadanos de Navarra tienen garantizada su asistencia sanitaria, el sistema sanitario navarro es un ejemplo en muchos países modernos de Europa y es algo que debemos mantener. El derecho a la salud es algo muy prioritario, muy primordial. Cada ciudadano, cuando vota, elige aquellas políticas sociales, progresistas, que le van a permitir que le atiendan, que le tengan de alguna manera siempre en una situación de bienes prioritarios, y la salud, desde luego, para nosotros y para nuestros ciudadanos es algo muy prioritario.

Le insistimos en que debe trasladar a Madrid no sólo el rechazo por el fondo y porque no nos han consultado -que es algo cierto, que compartimos y que ya lo hemos puesto de manifiesto ante la opinión pública-, sino que quisiéramos que transmitiera ese compromiso de que ningún navarro se va a quedar sin asistencia sanitaria, como con agrado le hemos escuchado, y que haya el compromiso firme ante el Partido Popular de Madrid, ante sus compañeros de viaje, de que esto no se va a aplicar en Navarra. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): Gracias, señor Ezpeleta. Señor Landa, como segundo proponente, tiene usted la palabra.

SR. LANDA MARCO: Gracias, señor Presidente. Señor Consejero, nos ha planteado una comparación en la que, desde mi punto de vista, nos

ha dado cuenta de todo lo divino y lo humano, menos de lo que le hemos preguntado, en lo que ha sido excesivamente escueto. No digo que no haya pasado de puntillas, como quien dice, pero, en principio, estaba claro para qué era la comparencia.

Del recetazo, señor Consejero, ¿qué piensa el Gobierno en concreto?, ¿qué va a hacer para que no se ponga en funcionamiento tal cual ha sido planteado por el Gobierno? Usted ha dicho que el rechazo de determinadas comunidades autónomas le ha parecido una cuestión peor todavía que lo que representa el medicamentazo. Desde nuestro punto de vista, yo al menos así lo veo, me imagino que es una medida de presión para que en esa reunión a la que han sido convocados, creo que el 16 de marzo, los Consejeros de Salud de todas las autonomías realmente se tenga en cuenta qué es lo que opinan las distintas autonomías.

Usted ha dicho que no le gusta la decisión ni en el fondo ni en la forma. De acuerdo. Yo comparto ese no gustar o ese disgusto, pero a veces hay cosas que no nos gustan y con las que estamos de acuerdo. Y de toda la explicación que nos ha dado el Consejero, más entendería que ha venido a justificar de alguna manera la decisión, y que conste que comparto que no es un tema de una solución fácil, que es un tema que requiere la adopción de medidas de control del gasto farmacéutico, de que no se puede seguir disparando el gasto farmacéutico, o sea, que comparto que ése es un problema, pero, evidentemente, esto se hace por consenso, señor Consejero.

A mí me gustaría que ésa fuera una de las demandas que el Consejero de Salud de Navarra pusiera encima de la mesa en esa próxima reunión, para decir que se olviden del medicamentazo tal y como ha sido fraguado y que se establezcan las medidas que sean necesarias. Aquí se aprobó una moción; en la Plataforma en defensa de la sanidad pública aparecen otra serie de puntos en diversos informes que se tienen, y que me imagino que nos han ido llegando a todos, aparece una serie de medidas para actuar por consenso de cara a contener el gasto farmacéutico. Pero lo que nos interesa saber es qué va a poner Navarra encima de la mesa y qué fuerza va a ejercer.

Está claro que cuando desde el Gobierno del señor Aznar se ha puesto en marcha esta medida sí que ha contado con sus socios catalanes, porque ha sido publicada una relación de los medicamentos que estaban al principio en el primer paquete, de los que se sacaron de la primera propuesta, y resulta, según se ha publicado, que los laboratorios catalanes esquivan la mayor parte del medicamentazo, y aparece con nombres y apellidos toda una serie de medicamentos que han estado inicialmente propuestos para esa supresión. Por lo tanto, esta-

mos hablando de que aquí sí que ha habido alguien a quien le han consultado. Lo raro es que precisamente al Gobierno de Navarra, socio del Partido Popular, no le hayan consultado, y yo tengo que creerle al señor Consejero cuando me contestaba que no había sido consultado.

Entonces, no basta con decir que éste es nuestro criterio, sino que, además de ello, habrá que plantear también qué es lo que estamos dispuestos a hacer para defenderlo, porque, de lo contrario, señor Consejero, puede ir a esa reunión y decir: no nos gusta la medida que ustedes han adoptado, ni en el fondo ni en la forma, y ya está. Y nosotros tenemos acordado esto en el Parlamento de Navarra. Pero, bien, ¿y qué más? Eso es lo que me gustaría tratar de conocer.

También ha dicho el señor Consejero que va a luchar para proteger a los enfermos de la manipulación, de la demagogia y de la tergiversación. Y yo digo: ¿de quién, señor Consejero? ¿Del hazmerreír que ha representado la postura del Gobierno del PP con la adopción de esa medida? Porque, desde luego, habría que defenderles en primer lugar de eso, porque qué mayor demagogia que haber establecido una negociación restringida para llegar a un acuerdo de qué medicamentos sí y qué medicamentos no, a pesar de que esa comisión de expertos -pongámoslo, si quiere, entre comillas- había dicho que había una lista de medicamentos que planteaban su exclusión. Bueno, pues de esa lista han salido unos medicamentos y han entrado otros, a través de la negociación con la Comunidad Autónoma de Cataluña.

A mí me gustaría que a esa reunión del mes de marzo se llevara también el compromiso por parte de Navarra de defender ante el Gobierno central, fundamentalmente, y de tratar de consensuar entre todas las comunidades autónomas que la única vía de actuación en este caso es a través del consenso. Ese debe ser el objetivo que hay que tratar de conseguir en una medida de este tipo y en las medidas añadidas que habría que adoptar en relación con lo que se comentaba y que en las distintas mociones que se han presentado, todos incidimos precisamente en esa serie de aspectos.

Por último, quiero también señalar -digo por último porque son ya las dos y diez y yo creo que evidentemente va a ser una reflexión casi interna, pero por si trasciende- que me parece, señorías, que lo de hoy ha sido una estrategia premeditada, con alevosía, para que un tema de esta actualidad y de esta trascendencia se haya convocado como segundo punto de un orden del día de una reunión convocada a las doce de la mañana, en la que el portavoz anterior de Unión del Pueblo Navarro nos ha justificado la abstención a una moción con una intervención de veinte minutos. Nada más y muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarrri): *Muchas gracias, señor Landa. Señora Villanueva, ¿desea intervenir? Tiene la palabra.*

SRA. VILLANUEVA ITURRALDE: *Muchas gracias, señor Presidente. Para nuestro grupo ya no resulta sorprendente casi nada. Y no resulta sorprendente que a las dos y cinco estemos tratando un tema que ha ocupado periódicos, informaciones, radios, debates, acerca de algo tan fundamental y tan importante como es la seguridad del ciudadano. Antes nosotros hemos pedido seguridad al ciudadano; al ciudadano sano, al ciudadano enfermo, al ciudadano profesional. Y hoy nosotros, igual que ha dicho el señor Consejero, no queremos desinformar al ciudadano, no queremos amedrentarle, pero son los hechos los que efectivamente le dan desconfianza, le amedrentan y le dan inseguridad. Y todo esto llevado a cabo desde una serie de iniciativas de la política sanitaria, en unos casos desde Madrid, en otros casos desde Navarra.*

Nos resulta difícil entender que en Madrid usted no ha sido informado por su partido o por su asociado de aquellas medidas acerca del medicamentazo, cuando da la casualidad que desde Navarra se había llevado a cabo una serie de informaciones, una serie de planteamientos que conducían justamente al medicamentazo. ¿Y por qué? Porque desde el Servicio Navarro de Salud se ha informado y se han hecho declaraciones en la prensa sobre la baja utilidad terapéutica de los medicamentos, con la falta de rigor tan profunda como la de mezclar medicamentos de baja utilidad terapéutica, entre comillas, y aquellos otros que son los únicos que existen para paliar algunas enfermedades, aunque no la curen. Tratar igual una iniciativa de investigación nueva, que todavía no se sabe hasta dónde va a llegar, pero que es el inicio de una esperanza, con aquellos otros que están probados, obsoletos o que han caído, o que se ha demostrado que efectivamente hay otras alternativas que justificarían su baja dentro del registro farmacéutico, no justifica que se mezclen unos y otros y sigan creando desconcierto y desconfianza por parte del farmacéutico.

Yo no voy a ser quien insista en la otra pregunta que se le ha hecho y que usted ha pasado sobre puntillas. El que ha hecho la pregunta se ha lamentado de que usted no insistiera más. Yo creo que es un tema que puede afectar a la estructura de la asistencia sanitaria, porque, como consecuencia de algunas medidas que se toman, los resultados a que vamos a llegar pueden ser verdaderamente serios e importantes. Nosotros también pedimos ética en el ejercicio de cada una de las actuaciones y pedimos rigor, como se ha pedido anteriormente por el portavoz de Unión del Pueblo Navarro en otras materias. Nosotros queremos que todo se haga con rigor y con ética. Y nosotros queremos que se informe

también con cierta verdad, porque si el Presidente del Gobierno dice una cosa, y a continuación el Consejero dice la contraria, pero después, de alguna forma, la matiza, vuelve a decirla, y yo me he ido de aquí sin saber si usted está a favor o en contra del medicamentazo.

Usted tiene razones suficientes para considerar que hay motivos para llegar a un medicamentazo, pero como la respuesta social no ha sido la propicia para aplicar el medicamentazo, se retrasa, dice que no, porque no le gusta ni el fondo ni la forma. Seamos serios. O sí o no. Y cuando hablemos de medicamentos de baja utilidad terapéutica, seamos también rigurosos. Y no digamos que son medicamentos de baja utilidad terapéutica para que sean prescritos por los médicos de atención primaria y se sigan utilizando en sus centros de salud y en sus hospitales. Seamos serios. Y los antisépticos dérmicos, efectivamente, salieron en el medicamentazo anterior; pero se siguen utilizando en todos los centros de salud y en sus hospitales. ¿Por qué el ciudadano de a pie no lo puede seguir utilizando o tiene que ir al centro de salud a que se le dé, en urgencias o en la consulta de enfermería, lo correspondiente a él? O sea, estamos hablando de las monodosis y estamos dilapidando medios. Seamos de verdad serios. Hagamos un uso correcto de los medios que tenemos. Yo creo que usted, señor Consejero, cuidará mejor de sus enfermos, cuidará mejor de los sanos para que no enfermen y tendrá el apoyo de este Parlamento, cuando verdaderamente lo que proponga sea racional y coherente.

Mientras siga utilizando desinformación, mientras siga creando desconcierto, nosotros tenemos que seguir manteniendo que la cobertura de la asistencia sanitaria para los navarros no debe caer. Y no debe caer ni en lo mínimo ni en lo máximo. No estamos dispuestos a renunciar al mínimo para ir al máximo, dejando, como en Estados Unidos, a ese 20 por ciento de población sin cobertura social. Usted está manifestando reiteradamente muchos ramalazos neoliberales, y no por neo son más suaves. Yo diría que por neo son más duros, y nosotros no estamos por la labor de cooperar a apoyarle en esas decisiones. Nosotros estamos por apoyarle en lo racional, nosotros estamos en apoyar y en mantener la asistencia sanitaria para todos los navarros y en todos los ámbitos. Y antes que renunciar a esto, habría que cuestionar y verificar muchas otras cuestiones de nuestros presupuestos, porque verdaderamente habría que priorizar. Lo importante es lo importante y lo accesorio, lo accesorio. Nosotros hemos planteado una moción a este respecto y se verá en su día. De alguna forma, seguiremos recogiendo información al respecto y seguiremos contrastando datos que todavía no tenemos verdaderamente confrontados, pero lo veremos más adelante. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señora Villanueva. El señor Vélez tiene la palabra.*

SR. VELEZ MEDRANO: *Buenas tardes. Es la primera vez que he tenido la oportunidad de escuchar al Consejero, y me ha dado la impresión de que estaba hablando un responsable del Ministerio español de Sanidad. Esa es la primera impresión que me ha dado durante todo el discurso, por los conceptos economicistas que se han hecho de la salud que no hacen más que reafirmarse en la política neoliberal del PP, que la suscribe plenamente UPN con otros decretazos que ha habido anteriormente, el Pacto de Toledo es algo bien reciente, y el medicamentazo es un punto más. Lo que más me ha sorprendido es que finalmente no se ha dicho nada en concreto. Afirmaciones como las que se han hecho últimamente de que el ahorro farmacéutico iría destinado a las nóminas de los profesionales son un disparate, porque eso crearía justamente un divorcio entre el paciente y el médico que iría en contra de una salud pública y de una salud en general. No quiero ser tampoco más extenso en este momento, por eso paso la palabra a quien corresponda.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias, señor Vélez. Señora Arboniés.*

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Buenas tardes. Yo casi me quedo con lo que ha dicho la señora Villanueva: seriedad. Realmente, después del larguísimo discurso que nos ha dado el señor Cervera, las cuestiones básicas que todos los grupos teníamos aquí, seguimos teniéndolas igual. Nos cuestionábamos precisamente cuál había sido la intención en la aplicación del medicamentazo. Nos cuestionábamos y nos cuestionamos el ahorro, la eficacia de estos medicamentos, la postura que el Consejero va a llevar a Madrid y si finalmente el Gobierno de Navarra va a proceder a aplicar en Navarra el medicamentazo con la eliminación de los 869 medicamentos.*

Usted ha dicho que éste era un tema de notable actualidad. Yo creo que no es de notable actualidad; es ya un caso de alarma social. Y la alarma no la hemos producido los grupos aquí, la alarma la ha producido el hecho de cómo se han llevado a cabo unas medidas que en el fondo pretenden un ahorro, pero que incluso ese ahorro es cuestionable, puesto que estamos hablando de una desfinanciación del sistema sanitario a través de la eliminación de la financiación de unos medicamentos que supuestamente no son medicamentos, digamos, útiles, pero que sí van a poder seguir siendo recetados. Si no son útiles, ¿por qué se van a recetar?

Nos estamos olvidando de una cosa fundamental: esta medida alcanza a un grupo muy importan-

te de personas, como puede ser el grupo de la tercera edad. Estamos hablando de una generación del norte de Europa, porque en el norte de Europa tienen unas prestaciones que aquí no las tenemos, y siempre el ejemplo es de qué cosas ellos no tienen y nosotros tenemos para quitarnos, pero nunca nos dicen qué cosas tienen ellos y nosotros no tenemos. Y estamos hablando de un grupo de personas como pueden ser los enfermos crónicos, y no vayamos más lejos, un enfermo mental, por ejemplo, consume Nolotil porque le alivia sus jaquecas, porque las jaquecas a veces son el inicio de una crisis aguda. Entonces, estamos hablando de grupos de personas que realmente se van a ver en una situación de tener que pagar las medicinas desde su bolsillo. Esto significa un retroceso en una conquista social que ha costado muchos años, que ha costado mucho esfuerzo precisamente a una generación que, además, en este país ha pasado por una guerra civil, por una postguerra, que ha tenido que trabajar muy duro y precisamente ahora, cuando podía beneficiarse de conquistas sociales para las cuales también ha trabajado, resulta que le vamos a cobrar las medicinas.

Cuando nos ha hablado -y nos ha hablado tan extensamente que no le extraña que hasta esta portavoz se pierda, realmente yo creo que esto ha sido además con alevosía para que nos perdamos- nos ha mencionado una serie de medidas alternativas que incluso las podemos compartir. Yo creo que todos los grupos estamos por que se haga un uso racional de los medicamentos, por que se apliquen las minidosis. Es verdad que en otros países se aplica y que daría muy buen resultado. Nos ha hablado de la supuesta guerra con los laboratorios, que ellos hacen medicamentos en los que mezclan dos compuestos, cuando debería ser uno, nos ha hablado del uso de los genéricos. Si somos serios, lo que tenemos que hacer mientras tanto es gestionar todas estas medidas alternativas que realmente son necesarias, en las que todos estamos de acuerdo en que se apliquen, y no pasar la factura de un hipotético ahorro del 3'5 por ciento del gasto público a las personas. O sea, vamos a ser más serios. Y no es una cuestión de clientelismo social.

Usted dice que parece ser que algunos grupos estamos sentados sobre arcas con doblones de oro. Pues, mire usted, en Navarra se gasta o se pierde 1.800 millones de pesetas en absentismo laboral, por ejemplo. El ahorro que vamos a tener -supuesto ahorro, porque el que tome esa medicina se la tendrá que comprar con su dinero o la tendrá que sustituir por otra-, esos 342 millones, si somos más serios, si somos mejores gestores, podemos hacer una mejor gestión, por ejemplo, podemos fiscalizar las rentas que no son de trabajo y que sólo se fiscalizan el 1 por ciento. O sea, que dinero hay.

Otro tema, y ahí es donde discordamos, es cómo algunos manejamos el dinero público y cómo otros pensamos que habría que manejarlo. Yo creo que tenemos que salir de la cuestión del ahorro y tenemos que ser capaces de saber en definitiva qué postura va a llevar el señor Consejero a Madrid, aparte de las cosas que diga esta Cámara, aparte de la actitud que tenga también su Departamento, de lo que digan los expertos. Todo eso se debería haber hecho con carácter previo antes de salir a la calle y decirle a la gente que eliminamos 869 medicamentos, cuando ya se eliminaron anteriormente y cuando lo que estamos viendo es un recorte paulatino de medidas, una desfinanciación de un sistema público sanitario. Esto nos lleva a cuestionarnos seriamente qué estamos hablando aquí, porque yo creo que estamos hablando de todo menos de lo que es fundamental.

Pero como hay una moción -yo creo que todos los grupos hemos interpuesto medidas contra esto-, entonces tendremos ocasión de volver y a ver si mientras tanto el señor Consejero puede decirnos qué postura va a llevar. Porque yo creo que, cuando fue anteriormente a Madrid, hubo que votar y creo que la postura de Navarra fue de abstención. Me imagino que es eso lo que van a pedir: sí o no. Y las consideraciones, pues son las matizaciones, igual que en esta Cámara hacemos consideraciones. Pero en definitiva, ¿qué hacemos? Pues, sí, no o nos abstenemos. Y eso es lo que hay que saber.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarr): Muchas gracias, señora Arboniés. Señor Ciáurriz, tiene la palabra.

SR. CIAURRIZ GOMEZ: Gracias, señor Presidente. Voy a tratar de ser muy breve, porque yo creo que entre la intervención del señor Viñes y la del señor Consejero han pretendido ganarnos a los puntos, porque ganar este asunto por KO es muy difícil. Y con este ajeteo y a estas horas, yo creo que la mejor receta en estos momentos es que nos fuéramos a comer, pero me parece que el tema es serio y por lo menos alguna cosa quiero señalar en este sentido.

Dos partes, a mi entender, ha tenido la intervención del señor Consejero. Una, la primera, que, como ya ha dicho algún portavoz, podía ser perfectamente firmada por el Ministro de Sanidad del Estado español, porque estaba justificando todo lo que hay que realizar para llegar a la conclusión que llegó él en aquel momento en el que estableció lo que ahora se llama medicamentazo. Es decir, era una postura de defensa, yo creo que muy articulada y con muchos datos de por qué había que intentar llegar al final a este mismo proceso.

Y la segunda, o la última parte, que yo creo que es de la que tendríamos que hablar con más detalle en este momento, es la postura del Gobierno de

Navarra o la postura del Departamento. Me da la impresión de que sigue siendo una postura absolutamente ambigua. No es solamente en este tema cómo lo plantea el Gobierno, sino que es además redundar en algo que me recordaba lo que ocurrió ayer en el Parlamento. Ayer el señor Sanz nos decía, con la aprobación de una moción, que él iba a intentar que esa moción se llevara adelante, pero que sabía que en Madrid se la iban a echar para atrás y que, por tanto, aquí paz y allá gloria, él cumplía, pero seguíamos como estábamos.

El Consejero nos dice que a él le parece muy mal esta decisión, por el fondo y por la forma. El fondo, yo me imagino que se refiere a que no se debe establecer un sistema de estas características, y la forma, a cómo se ha hecho. Por las dos razones le parece muy mal. Le parece también muy mal la postura de las comunidades autónomas, que han intentado presionar con unas medidas un poco cada una por su cuenta. Y lo que se va a hacer aquí me parece que es la medida o el resultado final de esa ecuación, como diría Castán, la postura ecléctica: ¿Qué vamos a hacer aquí? Pues lo que vamos a hacer aquí es reunir a todas las asociaciones de consumidores, a los colegios, yo no sé si también a las asociaciones de vecinos, al Departamento, al Parlamento, y mandarle todo esto a Madrid, diciendo: oiga usted, ésta es la postura de Navarra, haga usted lo que quiera, pero, en cualquier caso, si sigue adelante, nos vendrá bien, porque nos ahorraremos algo de dinero en nuestra Comunidad.

Esa es la sensación que tengo, que al final se adopta una postura que es decir: bueno, pues nosotros estamos en contra en teoría, pero en la práctica ahí se va a quedar esto colgando y, por tanto, estamos utilizando de paraguas al Gobierno central para que este tema en Navarra tenga o no eficacia o virtualidad. Yo recuerdo que en algunas negociaciones con el Gobierno central, cuando algún grupo minoritario, como usted califica muchas veces, iba a esas negociaciones, Convenio Económico, transferencias, IVA y tal, se nos utilizaba como argumento para decir: cuidado, que no tenemos mayoría y que también lo tienen que aprobar los nacionalistas. Y se utilizaba ese argumento para presionar más en Madrid, porque eran mayoría. Pero ahora es al revés, ahora vamos a Madrid para nos pongan un paraguas y digan: bueno, como tenemos este problema en Navarra, al final en Madrid, como van a hacer lo que quieran, lo solventaremos y tendremos el argumento para seguir adelante.

Desde un punto de vista económico, que no se haya hecho y que no exista una evaluación del anterior decreto o de la eficacia del anterior decreto socialista, me parece que es importante, porque da la impresión, por los datos que ha dado el Consejero, que sirvió de muy poco. Hablar de 342

millones, como hacía el Consejero, como cifra orientativa y solamente a niveles periodísticos, me parece también que es incluso exageradísimo, porque eso sería, como ha explicado, si a nadie que se le ha recetado esos medicamentos que ahora se excluyen el año siguiente no se le receta y, por tanto, no se gasta; pero, claro, no se le receta otra cosa, pues en esta otra cosa habrá que empezar a descontar lo que valga esa otra cosa, que a lo mejor es más que 342 millones de pesetas. Por tanto, yo no acabo de entender cuál es el objetivo final de este asunto.

Tampoco se entiende, y eso es lo que el ciudadano de la calle yo creo que también ve, es cómo en este tema de los medicamentos hay un baile de millones que es absolutamente ininteligible para el ciudadano normal. Y no se puede entender que de repente el Ministro haga una reunión con Farmaindustria y digan que de un plumazo les van a regalar 30.000 millones de pesetas de los beneficios. Yo no estoy en este asunto en el fondo, pero es que no entiendo nada. Es decir, que las industrias de repente regalan 30.000 millones de sus beneficios; no sé lo que ganarán o qué será esto, si lo regalan para toda su vida o es un impuesto especial o una tasa. No puedo entenderlo. Si no le pido al Consejero que me lo explique, y si no en privado será mejor, es porque ahora no es ni momento ni hora, pero no entiendo nada.

Y después de todo eso, además, después de que quitamos esos medicamentos, resulta que algunos van a seguir dándose de una forma u otra. Yo no acabo de entender cuál es el problema, vamos, sí entiendo o tengo mi opinión del asunto, y mi opinión es que realmente detrás de todo esto puede estar el riesgo de que se vayan disminuyendo las prestaciones asistenciales, en este caso las prestaciones sanitarias y farmacológicas, con lo que tiene de importancia eso de cara al futuro.

Yo creo que desde el Gobierno de Navarra, y con esto termino, se ha puesto al tema un parche Sor Virginia y aquí paz y allá gloria. No sé si está dentro de los que han quitado el medicamentazo o se quitó antes o no se paga, pero se ha puesto un parche al asunto y se dice: bueno, a nosotros nos parece muy mal esto, quedamos bien, además yo soy el portavoz del Gobierno y lo puedo decir a bombo y platillo a la entrada a todos los que están aquí, estamos en contra del medicamentazo, vamos a mandar nuestra opinión y lo que nos digan estos muchachos del Parlamento a Madrid, y que digan lo que quieran que nosotros, si nos ahorramos, algo nos hemos ahorrado, y, si no nos ahorramos nada, pues aquí paz y allá gloria.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): Muchas gracias, señor Ciáuriz. ¿Señor Consejero, desea responder?

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Sólo para agradecer las aportaciones de los grupos parlamentarios. Gracias, señor Presidente.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): Muchas gracias. Les recuerdo a los señores Parlamentarios que la duración y la hora están incluidas en la dieta. No habiendo más asuntos que tratar ...

SR. EZPELETA MARTINEZ: Señor Presidente, quisiéramos tener un segundo turno al que creemos que tenemos derecho reglamentario los portavoces de los grupos, si la Presidencia es tan amable.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): Desde luego, yo no tengo ninguna prisa. ¿Portavoces que desean intervenir? Señor Ezpeleta, tiene la palabra.

SR. EZPELETA MARTINEZ: Es evidente que la comparecencia del señor Consejero, después de esta segunda intervención, por llamarla de alguna manera, nos ha dejado profundamente insatisfechos. Creíamos que, de alguna manera, el Consejero iba a transmitirnos un compromiso del Gobierno. No ha sido así, no vemos de ninguna manera que este Gobierno de UPN esté a favor de las personas más desfavorecidas o que quiera oponerse realmente al medicamentazo. Creemos que no es más que una postura tipo Pilatos, pues me lavo las manos y aquí paz y allá gloria, como le han dicho.

Es evidente que los productos farmacéuticos que se van a retirar son de utilidad. Si no fueran de utilidad, no se mantendrían para los pacientes crónicos, y, si se mantienen para los pacientes crónicos, ¿dónde está el ahorro del que a usted siempre le gusta hablar? Eso no es ningún ahorro; es un gasto transferido a los ciudadanos de Navarra. Los ciudadanos de Navarra van a seguir utilizando estos medicamentos. Y esta lista, aparte de alguna Comunidad, como le ha dicho algún portavoz, la ha hecho la industria farmacéutica, porque sabe que estos productos van a aumentar de precio y van a aumentar sus beneficios y con eso van a compensar la cantidad que decía el portavoz del grupo que me ha precedido, que no sabe muy bien ni entiende ese acuerdo. Pues el acuerdo está perfectamente estructurado y responde a que, al final, la industria farmacéutica no perderá ni un céntimo ni aportará absolutamente nada. Serán los ciudadanos de este país los que con su dinero de gasto transferido, porque se habrá pasado ese gasto a la privacidad de cada uno, compensarán esa cantidad de dinero que necesitan para el cuento de la lechera de la financiación pública. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): Muchas gracias, señor Ezpeleta. Señor Landa, ¿desea intervenir?

SR. LANDA MARCO: *Sí, señor Presidente, aunque sea por insatisfacción, porque, desde luego, yo no sé cómo interpretar la postura del señor Consejero: si es desconsideración hacia esta Comisión, si es porque tiene prisa por otros acontecimientos o cuál es el motivo para que estas cuestiones, que no son sólo de aportación sino que esperaban respuesta, las deje ahí, colgadas en el aire y diga: bueno, pues sí, agradezco las aportaciones de los grupos. Hombre, las aportaciones de los grupos las puede agradecer, pero respóndanos también a las preguntas que le hemos realizado. De lo contrario, no sé si es desconsideración, que tiene mucha prisa el señor Consejero o cuál es el motivo para que no conteste a las preguntas que le hemos realizado los grupos.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias, señor Landa. Señora Arboniés.*

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Muy brevemente. Yo creo que la mejor respuesta ha sido el silencio del señor Consejero. A partir de ahí, ya veremos, igual tenemos la sorpresa de que el señor Consejero toma buena nota de lo que aquí se ha dicho hoy y eso es lo que espero desde mi grupo, por supuesto.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias. Agotado el orden del día, señorías, agradecemos la presencia del Consejero y su información, así como la de la Directora del Servicio de Asistencia Sanitaria. Señorías, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 14 HORAS Y 31 MINUTOS.