



FORUM EUROPA

TRIBUNA DE SOCIEDAD Y POLÍTICA

Conferencia y Coloquios celebrados en el
Fórum Europa,
en Madrid, el 19 de noviembre de 2002

Ana Pastor

Ministra de Sanidad y Consumo

Con la colaboración de

ING Direct - BT - Mercadona

1. La salud: un derecho tutelado por las Administraciones Públicas

El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene ante sí una nueva etapa, un período trascendental para regular el derecho de los ciudadanos a preservar su salud. La Constitución Española, entre los principios rectores de la política social y económica, incluye el derecho a la salud, cuya tutela encomienda a los poderes públicos. Este derecho de los ciudadanos ha de ser ejercido por una Administración Pública, y también la Constitución contempla cómo se ha de estructurar y organizar a lo largo de los años.

El Título Octavo diseña para nuestro país un sistema nuevo y distinto: el Estado de las Autonomías, una organización territorial en Comunidades Autónomas con competencias en gestión sanitaria. Esto es lo que determina que ahora los poderes públicos tengan unos “deberes” distintos que hacer.

La Ley de Sanidad de 1986 constituye una norma fundamental en cuanto a la materia sanitaria en España porque ya considera las previsiones constitucionales y el establecimiento de unos principios y unos criterios que van a seguir inamovibles en nuestro derecho sanitario y que configuran por primera vez un sistema nacional de salud único, que además tiene que ser vertebral.

Pues bien, después de todo esto, en enero de 2002, se culminó en España el proceso de traspaso a las Comunidades Autónomas. Proceso que se ha completado con la entrada en vigor del nuevo modelo de financiación que contempla una ley de diciembre de 2001. En estos momentos nos encontramos con una larga trayectoria, con un Estado descentralizado, con un sistema nacional de salud y con una Ley General de Sanidad, que es la Ley más importante de nuestro país en materia sanitaria, pero que tenía y tiene algunos elementos que son “virtuales” en el sentido de que nunca llegaron a desarrollarse.

Después de promulgarse la Ley General de Sanidad, además de los cambios organizativos en el Estado y de los traspasos de competencias, se ha producido algo mucho más importante, los cambios en la sociedad española. Ha habido cambios fundamentales que obligan a modernizar el sistema sanitario. Por un lado, han cambiado los patrones epidemiológicos en España, que ha pasado de ser un país, ya bien entrado el siglo XX, en el que las patologías prevalentes y la mortalidad eran de origen infeccioso, a tener una morbi-mortalidad que está en las patologías cardiovasculares. Es decir, el patrón epidemiológico se ha cronificado y la esperanza de vida es mayor. Por otra parte, ha habido en España y en el resto del mundo unos cambios tecnológicos gracias a los cuales en nada se parece la prestación de servicios que se da hoy a los ciudadanos a la que se daba hace unos quince años.

2. Los principios rectores del sistema sanitario

A) La equidad

En sanidad equidad tiene un significado más profundo que en el resto de las políticas públicas, porque equidad en sanidad es hacer que la igualdad

efectiva sea cierta. Y, lógicamente, igualdad efectiva en sanidad es dar lo mismo ante la misma necesidad. Pero esto es complicado, es uno de los retos a los que nos enfrentamos en este momento.

B) La calidad

Otro de los principios que se quiere preservar es la calidad. Para ello es necesario definirla, determinar cómo se mide y qué calidad se presta a los servicios. Hoy no se pueden utilizar los parámetros de hace veinte años; hay que establecer la calidad de las estructuras y de los edificios, los indicadores de proceso y los de resultados.

C) La participación de los ciudadanos

Antes de comenzar a elaborar el texto de la Ley, se ha tenido en cuenta un principio inamovible: la participación de los ciudadanos, porque la sociedad actual ha transformado su visión en cuanto a los comportamientos y en las peticiones que sus ciudadanos hacen a los poderes públicos. En el apartado 3.7 se estudian los nuevos órganos de participación.

Éstos son los principios rectores. Basándose en ellos se han aprovechado todas las experiencias, todos los instrumentos que están poniendo en marcha las Comunidades Autónomas, y se ha empezado a trabajar y a elaborar un texto, un Anteproyecto de Ley, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario.

3. El Anteproyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario

El primer objetivo de esta norma es definir los ámbitos en los que es precisa la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas, cuál es el núcleo común con independencia la autonomía que los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas tengan para la gestión de esos servicios. La Ley contiene, por tanto, normas que van a ser aplicables a todo el sistema sanitario español. No sólo en la sanidad pública, sino también ejercer un control sobre la sanidad privada en relación con la información sanitaria, la investigación, la garantía de calidad de los servicios, la seguridad de las instalaciones, etc.

3.1. Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud

3.3.1. La accesibilidad al sistema sanitario. Las mismas prestaciones para todos los ciudadanos

El capítulo primero de la Ley recoge las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que actualmente no son las mismas en todos los territorios de España. Hay un Real Decreto que regula las prestaciones, pero por primera vez, la Ley va a definir cuál es el catálogo de prestaciones de los ciudadanos españoles.

Se define exactamente a qué tienen derecho los ciudadanos, primero, determinando a qué prestaciones tienen derecho, y luego cuál es la cartera de servicios. Por ejemplo, en materia de infertilidad, no todas las Autonomías en España tienen las mismas prestaciones. Hay Comunidades Autónomas en las que se presta el servicio de lavado de espermatozoides para pacientes con SIDA y otras en las que no. En materia de salud bucodental, en algunas Comunidades los niños tienen prestación de sellado de fisuras hasta los quince años, en otras hasta las doce.

Por lo tanto, se pretende garantizar las prestaciones para todos los ciudadanos, y que el ciudadano sepa no sólo a qué tiene derecho, sino también dónde y cuándo. Esto se llama accesibilidad al sistema sanitario. Y es que la accesibilidad no es la misma para quien vive en la montaña que para quien vive en Puerta de Hierro, porque los ciudadanos que se determine dónde se ubican los servicios para llegar a tiempo y forma adecuada en caso de que se produzca una emergencia.

Hay que definir, y se trabaja en ello, qué pasa con las listas de espera; por ejemplo, con los ciudadanos que esperan para intervenir por una catarata. No todos están en la misma situación, porque se puede tener una catarata bilateral, tener noventa y cuatro años y vivir solo, o tener una catarata unilateral, no muy progresiva, y tener sesenta años. Por lo tanto, las condiciones de acceso a las prestaciones tienen que ser perfectamente delimitadas y perfectamente definidas. Porque cuando se habla del tiempo en lista de espera no siempre se trata de la misma situación.

Se va a establecer a qué prestaciones tienen derecho los ciudadanos, cuáles son los servicios que se les prestan y también cuáles son los cuidados sanitarios de larga duración y de convalecencia en los pacientes, muchos de los cuales, hoy día, por el cambio en los patrones epidemiológicos, tienen patologías de larga duración. El sistema sanitario debe estar orientado a las nuevas patologías, que muy distintas a las de antes.

3.3.2. Las prestaciones farmacéuticas

La prestación farmacéutica comprende el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas en las dosis precisas, según los requerimientos de cada persona y durante el tiempo necesario. Además, por primera vez, la Ley hace

mención al papel que juegan las oficinas de farmacia. Otro factor que hay que destacar es que España es un país en el que los ciudadanos pueden estar muy tranquilos y seguros de que los medicamentos que prescriben nuestros médicos, y dispensan nuestros farmacéuticos son seguros, eficaces y de calidad porque tienen un alto control.

La Agencia del Medicamento por primera vez en España pasa a ser Agencia del Medicamento y de los Productos Sanitarios, porque los productos sanitarios tienen que estar sometidos a un alto nivel de control. Los productos están controlados, y hay centros de evaluación de tecnologías en algunas Comunidades Autónomas, pero lo que no existen son criterios comunes de incorporación y efectividad y eficiencia. Por lo tanto, lo que se pretende es un uso tutelado, coordinado, perfectamente estandarizado y con criterios técnicos.

La Agencia del Medicamento, que es un pilar básico al servicio no sólo del Ministerio, sino de todas las Comunidades Autónomas, va a asumir como órgano técnico una alta especialización en el análisis, la inspección, la vigilancia y la autorización de fármacos y productos sanitarios para que los fármacos y los productos sanitarios en nuestro país sean seguros, eficaces y de alta calidad.

3.2. La técnica al servicio de los ciudadanos

Las prestaciones del sistema sanitario, a las que todos los ciudadanos tienen derecho, no se podrían realizar de la misma forma sin los avances tecnológicos producidos en los últimos años. Hay que definir las tecnologías, y cómo se accede a ellas. No sólo para las prestaciones, sino también para las técnicas y tecnologías, se va a determinar un procedimiento para su inclusión en el Sistema Nacional de Salud.

En estos momentos, al no haber un modelo definido y determinado, y coordinado, a veces se introducen técnicas y tecnologías dentro de las prestaciones sanitarias que no son efectivas, cuya utilidad no está contrastada, con lo se produce un desaprovechamiento de nuestros recursos. Por tanto, se establecerá también cómo se incorporan las técnicas, las tecnologías y los procedimientos para el uso tutelado. Actualmente, en ocasiones, para que una tecnología entre al sistema se está pidiendo el uso tutelado, que no está recogido en ninguna norma. Por primera vez la Ley va a recoger qué es el uso tutelar. Es decir, cuando una nueva válvula cardíaca se introduce en el mercado español tiene que estar perfectamente demostrado para qué sirve, si es mejor, si aumenta la esperanza de vida del ciudadano, si tiene menos riesgos, etc.

3.3. Los profesionales de la salud

Los profesionales en este país han cambiado muchas cosas en los últimos veinte años. Pero hay que definir perfectamente qué papel juega el profesional sanitario en el sistema sanitario público en estos momentos en España y algunas políticas comunes que además nos reclaman los profesionales sanitarios.

Ellos son los que prestan el servicio sanitario, los que innovan, los que investigan, los que apuestan por el futuro. De su formación va a depender el futuro. En la Ley se apuesta por que haya una coordinación entre la formación pregrado, que en este momento es una función compartida, pero sobre todo muy vehiculizada hacia el Ministerio de Educación, por la formación postgrado, la formación MIR, pero sobre todo por algo mucho más importante, que es la formación continuada y la reevaluación de los profesionales a lo largo de su carrera profesional. Para que seamos capaces, y en eso está trabajando el Departamento en el Estatuto de, tenemos que cambiarlos. Los Estatutos de nuestros funcionarios, el Personal Estatutario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, un término que ya no está ni en nuestro ordenamiento jurídico, son de antes de la Constitución en algunos casos, tienen que recibir un nuevo impulso, un nuevo empuje para representar a este colectivo hoy. Los profesionales sanitarios de este país tienen un alto nivel en materia investigadora. Hay algunos indicadores que son significativos, por ejemplo, en España se hacen más trasplantes en términos cualitativos que en el resto de los países europeos. Se va a poner en marcha a principios de 2003 una red de trasplante de células de Langerhans.

En definitiva, los profesionales quieren que las autoridades públicas velen permanentemente porque ocupen el lugar que se merecen, que es el sitio que les corresponde por su trabajo, su dedicación y su formación. Se van a definir estas cuestiones en coordinación con las Comunidades Autónomas, que actualmente realizan actividades de planificación y de diseño de programas de formación.

Apostamos también por la movilidad de los profesionales. Si se sigue por el mismo camino, puede llegar un momento en que sea más fácil moverse por Europa que por España. Este asunto tiene una cierta complejidad. A lo largo de octubre de 2002 se han examinado en nuestro país un volumen importante de profesionales, de especialistas de nuestros hospitales, que llevaban doce años en condiciones de empleo temporal en los hospitales públicos. A lo largo de 2003 se van a ir examinando el resto de las categorías profesionales, porque entendemos que la estabilidad en el empleo es una apuesta clara y decidida por el futuro de los profesionales. Además de la estabilidad y de la movilidad de los profesionales, hay que promover la motivación, incentivar no sólo económicamente, sino a través del reconocimiento profesional, el reconocimiento en materia investigadora y, sobre todo, el reconocimiento por la sociedad en general del papel de todos los profesionales sanitarios.

3.4. La investigación biomédica

La Ley dedica una parte fundamental a la investigación, un capítulo extraordinario y complejo, que desarrolla el papel de la investigación biomédica en España.

En primer lugar establece que tiene que haber un Plan Nacional de Investigación Biomédica elaborado con todas las Comunidades Autónomas. Se tienen que introducir mecanismos dinamizadores en la investigación biomédica en España y crear redes de investigadores para que la investigación básica no esté divorciada de la investigación clínica, como sucede actualmente, porque se puede

dar el caso, por ejemplo, de que haya investigadores en una estructura pública estatal trabajando el endotelio de una arteria y a ochocientos metros un clínico investigando también la arterioesclerosis, y que ninguno de los dos conozca el trabajo del otro.

Eso que se llama, en términos sanitarios, investigación translacional, es decir, que la investigación básica y la clínica se trasladen inmediatamente a la investigación operativa, es decir, al tratamiento de los pacientes y las patologías. Para ello se especifica el papel del Carlos III. Se define por primera vez los centros de investigación acreditados de todo el territorio nacional y los centros asociados del Ministerio de Sanidad y Consumo. Es un modelo semejante al americano, aunque que tiene algunas características del canadiense; un modelo tal vez más dinámico que el americano porque está mucho más encuadrado en el sistema público.

No queremos hacer un sistema de investigación nuevo. La investigación, fundamentalmente la biomédica, está dentro de los hospitales, y contamos con hospitales universitarios y con hospitales generales que tienen áreas de investigación importantes por los que hay que apostar. En definitiva, la investigación biomédica se define en la Ley como una investigación completa, rigurosa. Se especifica también el papel del investigador. Se determina cuál es el papel de las Comunidades Autónomas, que van a tener mucho más protagonismo que ahora. Porque van a ser las que se incorporen en los órganos de investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo y concreten el modelo de investigación de nuestro país.

Aunque esto no se encuentre contenido en la Ley, el objetivo en estos momentos es que los recursos destinados a la investigación sean cada vez mayores. Y no sólo los recursos públicos, también los privados. Porque entendemos que, por ejemplo, la industria farmacéutica tiene que destinar cada vez más medios a la investigación y al desarrollo en España, un país donde más del 20% del gasto sanitario lo reportan los medicamentos. La investigación no debe ser etérea, sino orientarse al estudio de lo que preocupa a los españoles, que son sus patologías. Por eso se ha apostado por tener un Centro Nacional Cardiovascular y un Centro Nacional Oncológico, pues la investigación de enfermedades cardiovasculares y del cáncer es prioritaria para los españoles. También por este motivo se va a tratar de que toda la industria, fundamentalmente la industria farmacéutica, trabaje en estas líneas de investigación.

3.5. Los sistemas de información sanitaria y la evaluación de la calidad

3.5.1. La tarjeta sanitaria única

Para conseguir estos objetivos son necesarias unas herramientas. El Ministerio necesita en este momento, junto con las Comunidades Autónomas, concretar un sistema de información sanitario. Este sistema tiene como base la tarjeta sanitaria, mediante la cual los ciudadanos acceden a los servicios sanitarios, pero debe ser una tarjeta sanitaria única. En este momento existen

catorce tarjetas, que en algunos casos no son intercambiables. Por eso, a algunos ciudadanos, cuando acceden a algún servicio de salud, se les solicita el carné de identidad, pues aportan su tarjeta y ésta no vale en esa Comunidad.

3.5.2. La evaluación del sistema sanitario

El sistema de información se basará en la tarjeta sanitaria e incorporará toda la información necesaria y suficiente para que el sistema sanitario pueda ser evaluado permanentemente, estableciendo entre todos y con las Comunidades Autónomas los estándares y los indicadores de calidad del servicio sanitario. Con este objeto la Ley crea la Agencia de Evaluación de la Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio de la Calidad.

Todos los centros sanitarios tendrán una evaluación externa, periódica y con unos criterios e indicadores que serán los que se pacten con las Administraciones de las Comunidades Autónomas y la Administración Central del Estado.

3.5.3. Las guías de calidad

En el siglo XXI, la medicina ya no es un arte. Es poco arte y mucha ciencia. Por eso se va a introducir en esta parte de evaluación de la calidad un elemento muy importante: las guías de buena práctica clínica. Porque entendemos que en este momento ya nadie puede “ir por libre”, sino que hay que someter a la medicina, que es una ciencia, a unas ciertas pautas, a unas ciertas conductas de práctica clínica.

De nada serviría tener muy buenas infraestructuras y la mejor tecnología si se dejara que el sistema sanitario fuera hacia delante sin que nadie se preocupe de saber cómo está funcionando, cuáles son los verdaderos indicadores, sobre todo indicadores en la práctica clínica, de nuestros profesionales.

3.6. Los planes integrales de salud

Hasta ahora se entendían los planes de salud como planes clásicos, en los que se hacían programas generales y se fijaban indicadores globales. Así estaban contemplados en la Ley General de Sanidad, que señalaba que el Estado, junto con las Comunidades Autónomas, tendría que definir el plan integral de salud de los ciudadanos. Nosotros pensamos que hay que elaborar planes integrales de salud para los ciudadanos, pero orientados a las patologías. No hacer “disertaciones filosóficas”, sino concretar, porque es esto lo que piden los ciudadanos. Se están elaborando planes integrales de las patologías más prevalentes. El Plan Integral Nacional Oncológico, que integrará todos los planes de las Comunidades Autónomas, establecerá unos indicadores básicos y e tendrá cuatro partes: preventiva, asistencial, tratamiento e investigación.

En nuestro país, cuando hay algún asunto importante de salud pública, los ciudadanos miran siempre al Ministerio de Sanidad. Las competencias en materia de salud están transferidas a las Comunidades Autónomas desde hace muchos años. Pero queremos definir es un plan integral para que ante situaciones de alarma social o de riesgo para esté perfectamente determinado qué papel juega cada uno, porque los temas de salud siempre generan crisis, y tenemos que adelantarnos a ellas.

3.7. La participación de los ciudadanos

La Ley otorga un papel fundamental a la participación social de los ciudadanos. Con ella se crean tres órganos importantes:

- El Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, de carácter permanente y con una amplia representación de los agentes sociales.
- El Foro Abierto de Salud, un órgano consultivo sobre temas específicos que preocupen a los ciudadanos.
- El Foro Virtual, constituido a través de la red informática para el intercambio de información y opiniones de todos nuestros ciudadanos.

El Ministerio, por tanto, creará las bases sólidas para la participación real de los ciudadanos, no como consumidores, sino como usuarios del sistema nacional de salud, en las tomas de decisiones del sistema.

3.8. La cooperación entre las Autonomías y el Gobierno central

Se va a potenciar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que es el órgano al que corresponden la cooperación y la coordinación en materia de salud entre las Comunidades Autónomas y la Administración Central del Estado. Este órgano necesita una mayor agilidad, y la tendrá gracias a una comisión de delegada que tome decisiones y las eleve al pleno de forma rápida y segura.

En definitiva, el Consejo Interterritorial tiene que hacer que se cumplan unos principios que inspiran la nueva Ley: la cohesión del sistema y la cooperación y coordinación entre las Administraciones Públicas, todo ello para lograr que se haga efectiva la equidad, esa igualdad efectiva en la prestación de los servicios y que no es fácil conseguir en el sistema sanitario, y la calidad del sistema sanitario en la estructura, en el proceso y en los resultados de salud.

En la Ley se establecen los servicios de referencia, aquellos de alta cualificación y que no pueden estar en todas las provincias. Fundamentalmente porque los profesionales, como se ha dicho, "tienen que tener mano", y un especialista no puede estar en una provincia haciendo tres trasplantes al año.

4. Vivir más y mejor

Los resultados en salud son muy buenos. La esperanza de vida es muy elevada; en el caso de las mujeres rebasa los ochenta años y en los hombres casi llega a esta misma edad. No sabemos lo que viviremos. Cuando se habla de sanidad se habla de vida, de que los ciudadanos vivan más años y en buenas condiciones. Como nos estamos haciendo mayores, la población envejece, el reto del sistema sanitario es dar la misma accesibilidad, la igualdad en las prestaciones, una calidad igual para todos los ciudadanos, de forma homogénea, coordinada, compartida y solidaria. Ésa es una tarea compleja. Por eso he pedido a todos los partidos políticos y a todas las Administraciones su colaboración, porque ésta no es una Ley del equipo del Ministerio, es una Ley de los de las organizaciones profesionales, de los trabajadores del sistema, de la sociedad en su conjunto, y también de los medios de comunicación, que tienen un papel fundamental en trasladar a los ciudadanos esa parte tan importante que es la educación en salud y la utilización de los servicios sanitarios.

Estamos trabajando en todos los aspectos que aquí se han mencionado: prestaciones sanitarias, política farmacéutica, estatuto de los profesionales, evaluación de la calidad, etc., estamos, en definitiva, trabajando por los ciudadanos.

COLOQUIO

- Ángel Expósito (Director de Europa Press). ¿Para cuándo prevé que estará terminada la Ley de Cohesión? ¿No se debería haber hecho esta Ley antes de las transferencias, que cumplen un año en enero de 2003?

- Ana Pastor. Queremos llevarla al Consejo de Ministros antes de que acabe 2002. En cuanto a si se debería haber hecho antes, creo que siempre es oportuno elaborar normas que den más seguridad y más confianza a los ciudadanos. Cualquier momento es bueno. Podría haberlos habido mejores. Nosotros ahora tenemos este compromiso y queremos ejercerlo con responsabilidad. Yo me siento satisfecha de tener la oportunidad, como persona que se ha dedicado a este negocio tan sufrido de la sanidad, del poder estar en este momento, que creo que vuelve a ser histórico en nuestro país para el sistema sanitario.

- A. E. La pregunta se refería también a que son positivas las trasferencias sanitarias, fueron un paso muy importante, se planteó como una absoluta descentralización, y de hecho lo fue. Y ahora se hace una Ley de Calidad, en teoría para instrumentalizar y reorganizar aquellas trasferencias, ¿no hubiera sido mejor al revés?

- A. P. Las trasferencias sanitarias sitúan en las Comunidades Autónomas las competencias que tienen en materia estatutaria y en materia constitucional. Lo que es fundamental, se haga antes o después, es que la configuración en este momento del Estado es diferente. Por ejemplo, en este momento, en materia sanitaria, las Comunidades Autónomas tienen que destinar unos recursos determinados, de los impuestos cedidos, a la sanidad. Pues bien, el Estado ha de velar por que una vez realizada esa trasferencia económica se estudie junto a las Comunidades Autónomas cómo se priorizan los recursos sanitarios, en qué se gastan.

Hay alguna Comunidad que está poniendo en marcha algunas prestaciones que no son las habituales. Sin embargo, cuando se habla de otras prestaciones que entendemos que sí son prioritarias para los ciudadanos, o que los ciudadanos las pueden entender como prioritarias, se nos dice que no llega el dinero. Por lo tanto, "orquestrar" siempre es bueno. Y en este momento creo que toca orquestrar.

Si me pregunta qué momento hubiera elegido, yo soy una persona que me sitúo siempre en el lugar donde y en el tiempo que me toca. Y como me ha tocado en este período esta responsabilidad de gobierno, me he puesto en lugar que me toca con mi equipo, con los Consejeros de las Comunidades Autónomas y con los demás interlocutores sociales. Al plantearles si era necesaria una Ley, casi por unanimidad la respuesta fue que era absolutamente necesaria. Porque tenemos que saber cómo nos movemos por España, cuáles son los servicios de referencia y, en definitiva, fijar las reglas del juego de esta nueva configuración del Estado. Y estamos en este momento, se lo puedo asegurar, en una configuración bien diferente de la de 2001.

- Máximo González Jurado. Creemos que la regulación de la calidad por la Ley es absolutamente imprescindible, pero tenemos ciertas preocupaciones. Estamos viendo cómo están apareciendo agencias para la calidad sanitaria en alguna que sectario y poco participativo, y me parece que será difícil garantizar la equidad del sistema cuando se establecen estándares de forma unipersonal, uniparticular, con una Comunidad Autónoma que rompen el modelo, como ha señalado la Ministra, de la coordinación entre la formación de pregrado, postgrado, continua, etc. Ha hablado también del diseño del programa de formación de las Comunidades Autónomas, pero en la Agencia de Andalucía se están creando los estándares incluso para el control de la calidad de la competencia de los profesionales y de su formación. Evidentemente, ésta no es la forma de garantizar la equidad del sistema, por eso yo le pido a la Ministra que aplique la Constitución Española a través de esta Ley; y desde luego tiene usted todo nuestro apoyo.

- A. P. Como usted sabe, uno de los motivos fundamentales de la Ley es la evaluación de la calidad del sistema. En los distintos países de Europa y del mundo hay agencias de calidad en materia sanitaria. También las hay en materia educativa. En cada país con un modelo diferenciado. Hay agencias y hay agencias externas que tienen acreditación. Pero lo importante de los modelos de la evaluación de la calidad es que haya un acuerdo en qué es lo que hay que medir y cómo se mide, es decir, en términos de política sanitaria, establecer los estándares de calidad y los indicadores comunes.

Usted se ha referido a la competencia del Estado en algunas materias. El Estado ha de ejercer esta competencia, pero, como todo en la vida, lo ha de hacer desde el diálogo, desde el rigor científico-técnico, porque esto da muy buen resultado. Cuando yo tengo alguna diferencia con alguna Comunidad Autónoma, si estos temas que son tan serios se discuten técnicamente, con rigor científico, tengo la experiencia gratificante de que al final no hay desacuerdos. Por ejemplo, estamos trabajando en este momento con la Sociedad Española de Cardiovascular, y cuando hay que definir los criterios mediante los cuales se da el alta a un paciente intervenido de una válvula mitral, finalmente se logra un acuerdo, porque en sanidad es fundamental el rigor científico. Y si uno es capaz de trasladar a las normas con acuerdo ese rigor, uno habrá ganado esta batalla.

Habrá ganado la batalla de la buena calidad del sistema sanitario, porque no es cuestión de imponer. En política de salud es donde menos se debe, aunque se pueda, hacer algo por imposición. Porque quienes más saben de los asuntos y pueden aportar más son los profesionales; por eso estamos intentando sentarnos con todos los expertos de las Comunidades Autónomas, con todos los expertos de las sociedades científicas, de los colegios, etc.

- A. E. En cuanto a los cambios en el pacto con Farmaindustria, anunciados recientemente, ¿no teme que sean los propios laboratorios los que rompan el pacto cuando conozcan el contenido de su modificación?

- A. P. Cuando me he incorporado al Ministerio había establecidos pactos con los colegios profesionales, la industria, el sector de la distribución, las oficinas de farmacia, la organización médica-colegial, etc. En ese sentido, uno tiene siempre que construir de lo que uno se encuentra, y estamos construyendo. Estamos construyendo sobre lo ya hecho, que tiene muchas cosas muy positivas. Pero todo en la vida es mejorable. Ya planteé en mi comparecencia en el Congreso de los Diputados para lo que queda de legislatura un plan en política del uso racional del medicamento en el que hemos planteado mejoras de todo tipo. Hemos planteado, por ejemplo, que la industria farmacéutica tiene que hacer más inversiones en I+D, pero inversiones que estén pactadas. Hemos puesto también en nuestro plan que las decisiones con respecto a la incorporación de fármacos al sistema sanitario estén basadas en la rigurosidad absoluta, y en esa toma de decisiones en la nueva Ley participarán las Comunidades Autónomas, porque éstas se van a incorporar a la Agencia del Medicamento. Hemos puesto sobre la mesa las políticas en materia de genéricos, de incorporación de más genéricos al sistema, de nuevos precios de referencia, de grupos homogéneos terapéuticos y, sobre todo, potenciar la fármaco-vigilancia y llegar a acuerdos con las Comunidades Autónomas. Me sorprendió que recientemente apareciera un plan de política farmacéutica de otro partido, en el que, para mi satisfacción, he encontrado recogidas prácticamente todas las medidas que ya había propuesto en el Congreso de los Diputados. Yo creo que eso indica que vamos por buen camino.

Se ha avanzado de una forma muy importante. Es la primera vez que se habla del plan de política farmacéutica en el Consejo Interterritorial y se llega a algunos acuerdos. Por ejemplo, se ha llegado a un acuerdo en política de visita médica, que es un asunto en el que todas las Comunidades tienen competencia. También se ha pactado la normativa que regule el marketing farmacéutico, todo lo que tiene que ver con las organizaciones de congresos y eventos científicos, que los recursos de la industria farmacéutica se destinen sobre todo a la formación rigurosa de los profesionales y a la investigación. Se discute la fijación de los precios de los genéricos, que tiene que ver con medidas estructurales de la política farmacéutica, con el gasto sanitario en medicamentos, que tiene que ser visto con la misma rigurosidad con la que se miran otras partidas presupuestarias. En definitiva, hemos empezado un camino del acuerdo, y no de la confrontación.

- A. E. Teniendo en cuenta la gran diferencia entre España y otros países de nuestro entorno en el uso de las especialidades farmacéuticas publicitarias, así como la necesidad de tiempo en el sistema y recursos económicos, ¿qué piensa hacer el Ministerio para fomentar el uso de estos medicamentos, más promoción, más campaña, como se hace con los genéricos?

- A. P. Sobre las EFP, al Ministerio sólo le preocupa una cosa: que son medicamentos. Medicamento es todo aquello que sirve o que es útil para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de una patología, y que además está evaluado y ha pasado todos los controles de calidad y de eficacia. Por lo tanto, para nosotros, y eso lo he hablado con todos los representantes del sector, lo que queremos es que sean medicamentos que se sigan dispensando en las oficinas de farmacia. Nosotros queremos que en nuestro país la aspirina no se venda en

los supermercados. Y éste es el objetivo más importante del Ministerio. Porque nuestra responsabilidad, en términos de fármacos, es que los ciudadanos sepan que cuando adquieren una aspirina están adquiriendo un medicamento, y que, como es bien sabido, no es baladí que alguien se tome tres cajas de paracetamol, porque puede provocar una insuficiencia hepática a la media hora, con lo cual, el que una especialidad sea publicitaria no quiere decir que no hay que tomarla en unas dosis adecuadas y para una patología adecuada. Por lo tanto, en ese campo nosotros queremos que en términos de EFP todo esté perfectamente controlado, pues es nuestra obligación el control de los fármacos en nuestro país.

- A. E. Hay muchos pacientes asmáticos, oncológicos, con soriasis, afectados por hipercolesterolemia familiar, que sufren la discriminación por pagar más por sus tratamientos. Esto se hace más pesado si se considera que el Real Decreto 1663/98, que solucionaría el problema de reembolso de estos tratamientos, está retenido desde hace mucho tiempo. ¿Hay algo que se pueda hacer desde el Ministerio para acelerar el proceso de entrada en vigor de este Real Decreto?

- A. P. Esta cuestión se acaba de llevar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. No ha dado tiempo a tratar este punto en el último Consejo, pero queremos introducir para estos pacientes, que son pacientes crónicos, un punto negro, que es el de aportación reducida. Para ello hay que cambiar este Decreto, porque hay que cambiar la pertenencia de algunos fármacos a los grupos terapéuticos. Se está trabajando en ese sentido, en la reordenación de fármacos en los grupos terapéuticos, y espero que, una vez pasado por el Consejo Interterritorial, en el próximo consejo eso se pueda llevar adelante.

- Sebastián Carrasco. Usted ha repetido en las últimas semanas que su Ministerio es claramente partidario de la investigación biomédica. Pero con eso ha habido polémica. Hay unos sectores favorables a acelerar esa investigación, a traspasar límites morales. Y hay otros que le reprochan todo lo contrario. En los últimos días hay un sector opuesto a este tipo de investigaciones, me refiero al de células madre embrionarias, que tratan de articularse en torno a una plataforma, que la acusa de cambio de rumbo en su postura inicial sobre este tema. Me gustaría que precisara su posición política en este momento, su postura en la investigación con células madre embrionarias, sobre qué margen hay para revisar la Ley de Reproducción Asistida, que es del año 1988, y dónde pone usted el límite a la hora de dar luz verde a este tipo de investigaciones. También quisiera saber su opinión sobre la propuesta que hizo el Partido Socialista a través de Rodríguez Zapatero.

- A. P. En primer lugar, un Ministro no puede traspasar barreras morales, porque los políticos no estamos para esto. Sobre el asunto de células madre -que por cierto yo he tenido que explicar en varias reuniones públicas lo que son las células madres, embrionarias y adultas, porque la tendencia en nuestro país es que hablamos todos de algunos asuntos que son científico-técnicos y que tienen cierta complejidad-, en nuestro país tenemos una legislación en materia de embriones, que data de la década de los ochenta, que preveía la constitución de

una comisión en materia de reproducción humana asistida que tardó diez años en constituirse, y que una vez constituida se ha reunido en varias ocasiones. Es una comisión seria, donde hay personas del campo de la ginecología, del campo jurídico, del poder judicial... Hay que seguir insistiendo hasta que digamos algo concreto.

Sobre la propuesta de Rodríguez Zapatero, son analizadas todas las que hacen partidos políticos que representan a una parte importante de los ciudadanos, sobre todo estudiadas desde dos aspectos fundamentales: el científico-técnico y el ético. A través de la comisión constituida, el Partido Socialista puede hacer llegar las propuestas. Si tengo que analizarla desde el punto de vista científico-técnico, yo me imagino que cuando han hecho esa propuesta es que desde el punto de vista científico-técnico y desde el punto de vista ético tienen documentos claros y determinantes, porque todos los ciudadanos sensatos, cuando opinamos o opinamos con limitaciones, lo hacemos siempre sobre una base. Yo, por ejemplo, puedo opinar hoy de ovocitos congelados, y en el mes de julio, cuando me incorporé al Ministerio, no tenía todavía criterio claro de qué hacíamos con los ovocitos congelados. En estos días se ha remitido el texto del Decreto al Consejo de Estado para su valoración.

Con respecto a las células madre embrionarias, seguramente en cuatro meses podré presentar los avances de los científicos, los técnicos y los expertos, porque en materia de investigación biomédica se está avanzando de una manera espectacular. Por eso los expertos del comité se han constituido en tres ponencias técnicas para evaluar ellos mismos los documentos de 1998 y de 2000. Hay aspectos muy complejos, por ejemplo, el consentimiento de los padres con respecto a los embriones: para qué han donado los embriones y para qué pueden ser donados los embriones. O el acuerdo entre las parejas divorciadas, por ejemplo. Esa materia es una de las que van a revisar. Porque éste es un tema muy difícil, no sólo la parte más técnica del embrión, qué pasa cuando se descongela y su viabilidad, si es viable o no es viable, o el aspecto jurídico, qué es ese preembrión descongelado, si sigue siendo preembrión o no, etc., sino tiene que ver también con lo que son esos embriones, de los no sabemos cuántos tenemos; se está trabajando de prisa para tener una evaluación de cuántos embriones hay en España y, a partir de ahí, tomar decisiones. Otro tema fundamental que hay que abordar es la titularidad jurídica del embrión.

- A. E. Sin querer crear una polémica judicial, ¿considera usted que el caso Biobac es un caso de delito contra la salud pública? En ese sentido, ¿cómo va a quedar la regulación de las fórmulas magistrales?

- A. P. El Ministerio de Sanidad no está para tipificar delitos contra la salud pública. Eso lo hacen los jueces. En el tema del Biobac, me gustaría decir, lo he dicho también en algunas ocasiones, que en este país el Ministerio de Sanidad tiene que velar, porque así se lo atribuyen las normas, por que los medicamentos en España sean seguros, eficaces y de calidad. En España está perfectamente definido quién prescribe los medicamentos y dónde se dispensan. Y todos los ciudadanos saben que, por ejemplo, la venta por correo de medicamentos está prohibida. Igual que hemos tenido la suerte desde que se inventó la ranitidina de poder tratar sin operación muchas úlceras duodenales, y eso ha sido un avance

espectacular que ha transformado absolutamente los servicios de aparato digestivo, también hay que tener la certeza de que lo que se toma es un medicamento que seguro y eficaz, y por cierto, a los ciudadanos españoles tener un sistema como éste nos cuesta mucho dinero. Tenemos un buen sistema y los ciudadanos tiene que saber que en nuestro país hay un sistema que prevé que los medicamentos sean eficaces, seguros y de calidad. Todo lo que se haga fuera de este contexto será perseguido con las herramientas que tiene el Estado de Derecho. Desde la agencia del medicamento estamos actuando como peritos para la jueza, que así nos lo ha pedido, y en este momento se está analizando el contenido de ese producto que quería ser o que tenía la apariencia de medicamento.

En fórmulas magistrales se está trabajando en este momento, tanto desde la Dirección General de Farmacia como desde la Agencia, y a lo largo de 2003 está previsto aprobar el Real Decreto que regule las fórmulas magistrales, y que como saben éste es un Decreto complejo. Ya tenemos en nuestro país regulación con respecto a las fórmulas magistrales, tanto en una Orden como en un Decreto, respectivamente de 1997 y de 2000. Es decir, tenemos regulación de las fórmulas magistrales y lo que queremos es profundizar todavía más. Pero en este momento ya hay determinados principios activos que no los puede contener una fórmula magistral. Y eso ya está recogido en esta norma.

- A. E. Usted es miembro del Gobierno y todo el mundo conoce perfectamente su currículum y su relación con uno de los hipotéticos sucesores, Mariano Rajoy. ¿Usted considera que es positivo el ver como dos están en primera línea y otro está esperando detrás?

- A. P. Sobre eso que dice usted de que dos van delante y uno detrás, debe tener también criterios objetivos. No sé si científicos-técnicos para decirlo, pero yo creo que debe tener criterios objetivos. Lo que sí veo es que el Partido Popular, si me permiten decirlo con cierta humildad, tiene una buena cantera de políticos consolidados, a mi juicio serios, buenos gestores públicos, con amplia experiencia y que creo que los ciudadanos depositarán la confianza en ellos. Ésa es la impresión que yo tengo. Hay una buena cosa en la vida que uno puede aprender, y es a ser discreto, y, si es posible, además, a ser humilde. Y de Mariano Rajoy he aprendido mucho, es un buen amigo y es un hombre serio. No sé si le importa estar en no sé qué línea, pero es un tipo sencillo, discreto y bastante humilde. O sea que, yo le diría que es bueno trabajar con gente de ese estilo, de la que uno aprende mucho.

Se ha dicho que este Ministerio no es tan político como otros porque nosotros hablamos de Biobac, de embriones, de investigación. Este Ministerio es muy político, por eso me apasiona. Es el más político de todos, porque hace las políticas de los ciudadanos. Pero es verdad que normalmente los periodistas, a la Ministra de Sanidad nunca le preguntan por el IPC, por la subida de la energía, y nunca o casi nunca por la sucesión. O sea, que le agradezco su pregunta, porque usted tiene criterios objetivos, yo estoy muy honrada de que usted basándose en esos criterios objetivos diga que un buen amigo y un excelente Vicepresidente está en la carrera.

