



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES

SENADO

XII LEGISLATURA

Núm. 246

15 de marzo de 2018

Pág. 1

COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARÍA DEL CARMEN DE ARAGÓN AMUNÁRRIZ

Sesión celebrada el jueves, 15 de marzo de 2018

ORDEN DEL DÍA

Comparecencias

- Comparecencia del Secretario General de Sanidad y Consumo, D. José Javier Castrodeza Sanz, ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, para explicar los planes del Gobierno en relación con la incorporación de nuevos medicamentos en el futuro inmediato, la valoración del coste para el conjunto del Sistema Nacional de la Salud de esa incorporación y las previsiones de dotación presupuestaria para que las Comunidades Autónomas puedan incorporar dichas innovaciones sin afectar a la sostenibilidad.

(Núm. exp. 713/000186)

Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

- Comparecencia del Secretario General de Sanidad y Consumo, D. José Javier Castrodeza Sanz, ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, para informar sobre los planes del Gobierno en relación con la incorporación de nuevos medicamentos en el futuro inmediato, la valoración del coste para el conjunto del Sistema Nacional de la Salud de esa incorporación y las previsiones de dotación presupuestaria para que las Comunidades Autónomas puedan incorporar dichas innovaciones sin afectar a la sostenibilidad, así como sobre los parámetros que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se plantea para evaluar los costes de los servicios sanitarios en el proceso de negociación del nuevo sistema de financiación autonómica.

(Núm. exp. 713/000604)

Autor: GOBIERNO

DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

Núm. 246

15 de marzo de 2018

Pág. 2

Se abre la sesión a las diez horas y treinta y cinco minutos.

La señora PRESIDENTA: Se abre la sesión de la comisión del día de hoy. Muy buenos días a todos.

COMPARECENCIAS

- COMPARECENCIA DEL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO, D. JOSÉ JAVIER CASTRODEZA SANZ, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES, PARA EXPLICAR LOS PLANES DEL GOBIERNO EN RELACIÓN CON LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN EL FUTURO INMEDIATO, LA VALORACIÓN DEL COSTE PARA EL CONJUNTO DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD DE ESA INCORPORACIÓN Y LAS PREVISIONES DE DOTACIÓN PRESUPUESTARIA PARA QUE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PUEDAN INCORPORAR DICHAS INNOVACIONES SIN AFECTAR A LA SOSTENIBILIDAD.
(Núm. exp. 713/000186)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

- COMPARECENCIA DEL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO, D. JOSÉ JAVIER CASTRODEZA SANZ, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES, PARA INFORMAR SOBRE LOS PLANES DEL GOBIERNO EN RELACIÓN CON LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN EL FUTURO INMEDIATO, LA VALORACIÓN DEL COSTE PARA EL CONJUNTO DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD DE ESA INCORPORACIÓN Y LAS PREVISIONES DE DOTACIÓN PRESUPUESTARIA PARA QUE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PUEDAN INCORPORAR DICHAS INNOVACIONES SIN AFECTAR A LA SOSTENIBILIDAD, ASÍ COMO SOBRE LOS PARÁMETROS QUE EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD SE PLANTEA PARA EVALUAR LOS COSTES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA.
(Núm. exp. 713/000604)
Autor: GOBIERNO

La señora PRESIDENTA: En primer lugar, en nombre de toda la comisión damos la bienvenida al secretario general de Sanidad y Consumo, don José Javier Castrodeza Sanz, por su comparecencia.

Saben ustedes que el orden del día de hoy incluye la comparecencia a petición propia y a petición del Grupo Parlamentario Socialista del secretario general de Sanidad y consumo para informar sobre los planes del Gobierno en relación con la incorporación de nuevos medicamentos en el futuro inmediato, la valoración del coste para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de esta incorporación y las previsiones de dotación presupuestaria para que las comunidades autónomas puedan incorporar dichas innovaciones sin afectar a la sostenibilidad, así como sobre los parámetros que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se plantea para evaluar los costes de los servicios sanitarios en el proceso de negociación del nuevo sistema de financiación autonómica.

Como todos ustedes saben, en primer lugar el señor secretario general de Sanidad y Consumo hará su exposición, y a continuación ustedes tendrán la palabra para manifestar todas aquellas inquietudes o dudas que tenga a bien preguntarle.

Agradeciendo nuevamente su presencia, tiene la palabra el secretario general de Sanidad y Consumo.

El señor SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (Castrodeza Sanz): Gracias, presidenta.

Buenos días a todos. Senadoras, senadores, comparezco hoy en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales a petición propia para informar sobre los planes del Gobierno en relación con la incorporación de nuevos medicamentos, la valoración del coste que esa incorporación conlleva para el Sistema Nacional de Salud, las previsiones de dotación presupuestaria para que las comunidades autónomas puedan incorporar dichas innovaciones sin afectar a la sostenibilidad, y los parámetros que nos planteamos en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para evaluar los costes de los servicios sanitarios en el proceso de negociación del nuevo sistema de financiación autonómica. Comparezco, además, a petición del Grupo Parlamentario Socialista para dar cuenta de la incorporación de nuevos medicamentos en el futuro inmediato, la valoración del coste para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y las previsiones de dotación presupuestaria para que las comunidades autónomas puedan incorporar dichas innovaciones. Y comparezco, finalmente, para dar respuesta a una serie de preguntas relacionadas en esencia con

la ordenación profesional: tasa de reposición, indicación de enfermera y salud pública, salud mental, interrupción voluntaria del embarazo y hepatitis C.

Son cuestiones todas ellas, tanto las que centran las comparecencias como las que motivan las preguntas, muy importantes para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la consecución de avances en la salud y el bienestar de las personas, que es nuestro principal objetivo como Gobierno. Y es un reto con el que estoy seguro, señorías, que todos estaremos de acuerdo.

Sin más dilación, mediante la puesta en valor del Día Mundial de los Derechos de los Consumidores, que hoy celebramos, y del que quiero hacer mención especial, y siguiendo el orden de temas planteado, comenzaré mi intervención por los nuevos medicamentos, su incorporación a la cartera pública de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y las inversiones que conllevan.

Señorías, en la realidad social, demográfica y epidemiológica actual de España, caracterizada, como saben, por una sociedad cada vez más longeva —la más longeva de Europa y la segunda del mundo, solo por detrás de Japón, con una esperanza de vida media al nacer superior a los 83 años—, pero cada vez más afectada por las enfermedades crónicas y por fenómenos como la pluripatología, la polimedicación, la fragilidad y la dependencia, la incorporación de innovaciones terapéuticas en la cartera pública de servicios se antoja esencial para mejorar el tratamiento, tanto de las patologías más prevalentes en nuestro país: cáncer, cardiopatías, patologías neurodegenerativas y enfermedades infecciosas, como de las enfermedades menos frecuentes, comúnmente conocidas como enfermedades raras o ultrarraras o muy poco frecuentes.

Desde sus inicios en la década de los años setenta —un decreto del año 1974, por el que se aprueba el texto refundido de la Seguridad Social—, la prestación farmacéutica estuvo regulada en el sistema de la Seguridad Social con un carácter selectivo; es decir, no todos los medicamentos ni todos los productos sanitarios disponibles en el mercado español estaban financiados y podían prescribirse en receta oficial. Conforme se fue desarrollando el marco normativo de los medicamentos y los productos sanitarios en nuestro país y se fue haciendo más amplio y más complejo fuimos reforzando esas características. De esta forma, llegamos hasta la vigente Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios —actual Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios—, que establece que la financiación de los medicamentos dentro del Sistema Nacional de Salud será selectiva y no indiscriminada. Con este texto podemos decir con toda certidumbre que España tiene una prestación farmacéutica dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud muy completa, que incorpora tanto medicamentos innovadores como medicamentos genéricos y biosimilares.

Los criterios tenidos en cuenta para financiar los medicamentos en nuestro país no son arbitrarios y están recogidos de forma detallada en la normativa vigente, en la que se añan criterios como la gravedad de la patología que se pretende tratar, el valor terapéutico que ofrece el medicamento que se quiere incorporar, el grado de innovación que presenta la molécula, los estudios económicos realizados sobre el medicamento y el impacto presupuestario que genera sobre el Sistema Nacional de Salud. La financiación de los medicamentos está sometida, además, a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. Y el elevado número de medicamentos autorizados, así como su rápido recambio, obliga a desarrollar una actividad administrativa bastante extensa y, sobre todo, intensa.

Una vez emitida la autorización de comercialización por el regulador competente, bien la Agencia Europea del Medicamento, bien la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se inicia de oficio el procedimiento de financiación del nuevo medicamento o de la nueva indicación con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Este proceso se resume en las cuatro etapas que les explico a continuación. La primera etapa es el inicio del procedimiento de oficio, es decir, la recopilación de toda la información necesaria para disponer de un expediente completo. La segunda etapa consiste en el estudio del expediente a partir de la información disponible, que normalmente es el informe de evaluación realizado, bien por la Agencia Europea del Medicamento, como les decía antes, bien por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; el informe de posicionamiento terapéutico, realizado por el grupo coordinador del posicionamiento terapéutico, en el que participan todas las comunidades autónomas; y el propio dossier que presenta la compañía. Este análisis se realiza por el equipo de evaluación de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, adscrita, como saben, a la Secretaría General de Sanidad y Consumo, y se completa con el análisis de la propuesta de financiación, tanto en sus aspectos terapéuticos como en sus aspectos económicos. La tercera etapa es el resumen en el proceso de negociación con las empresas —este tema es muy importante—. Y la cuarta y última etapa consiste en la elaboración de un informe y una propuesta de financiación y precio que se eleva a la

Comisión interministerial de precios de los medicamentos. Dicha comisión está formada por representantes de los ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Economía, Industria y Competitividad, y Hacienda y Función Pública, así como por representantes de las comunidades autónomas, y es el órgano competente en la toma de decisiones sobre la fijación del precio de los medicamentos y los criterios de su dispensación. En la comisión interministerial consensuamos una decisión, y finalmente es la mencionada Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia la que emite una resolución en la que se especifica la decisión tomada sobre el precio y la financiación y también el trámite de la audiencia con el laboratorio interesado.

Llegado a este punto, quiero destacar que mediante el Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales —disposición adicional primera—, el Gobierno —año 2012— decidió incluir a las comunidades autónomas mediante dos representantes seleccionados a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elegidos entre sus miembros. Antes de 2012 las comunidades autónomas no formaban parte de esta comisión. Además, tras cinco años de buen trabajo, el año pasado, mediante el Real Decreto 485/2017, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, decidimos —también en la disposición adicional primera— ampliar la representación de las comunidades autónomas en la comisión adicional hasta los tres miembros, más otros tres representantes en calidad de oyentes, para trabajar y tomar las decisiones, tomando, además, las medidas oportunas y necesarias para agilizar el procedimiento en la toma de decisiones y dotar de mayor transparencia a la información sobre financiación.

Quiero insistir en que también se han puesto en marcha distintas iniciativas, no solamente el incremento de la presencia de las comunidades autónomas, esencialmente en tres ámbitos: Administración electrónica, mejora de los procedimientos internos de la citada comisión y aumento del número de reuniones de la comisión. En cuanto a la Administración electrónica, la hemos impulsado en el día a día de la comisión en cumplimiento de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 39/2015, relativa al procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, que establece el derecho y la obligación de relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas en la tramitación de los procedimientos de financiación y la fijación de precios de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud mediante la aplicación Gesfarma.

En lo que se refiere a la mejora de los procedimientos internos, estamos poniendo un especial empeño en acortar los tiempos de negociación que invertimos con las empresas, de manera que se mejore el procedimiento de toma de decisiones. No obstante, solo en el año 2017 resolvimos 2738 expedientes de medicamentos en un tiempo medio de ciento veintidós días, es decir, un periodo situado muy por debajo de los ciento ochenta días —casi sesenta días menos— que marca como máximo nuestro procedimiento administrativo. Además, en comparación con el año 2016, hemos incrementado más de un 4 % el número de expedientes de medicamentos resueltos y hemos acortado sustancialmente los tiempos en esa resolución, lo que pone de manifiesto la considerable capacidad de trabajo de los profesionales de nuestro Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También en aras de mejorar los plazos hasta la resolución se ha modificado la estructura de la documentación que se presenta en el Pleno de la comisión, reduciéndose el número y el volumen de los anexos que incluyen los medicamentos, y se ha pasado de diecisiete anexos a cuatro. Por otra parte, en la actualidad, además de los medicamentos genéricos, han aumentado los tipos de expedientes que, por cumplir los criterios acordados, no necesitan llevarse al Pleno de la comisión, dándose por validados en reuniones previas y siendo ratificados con posterioridad. De esta manera, el paso por el Pleno de la comisión se reserva para los medicamentos básicamente considerados innovadores o con propuesta excepcional de los criterios acordados.

Finalmente, en relación con el número de reuniones, se ha elaborado y aprobado un reglamento de funcionamiento interno de la comisión, que no existía, con el objetivo de agilizar el procedimiento, con mayor periodicidad, de las reuniones. En consecuencia, para 2018 están programadas diez convocatorias ordinarias al año. Les informo que este año ya llevamos dos reuniones: una, celebrada el día 31 de enero, otra, el 27 de febrero, y que tenemos previsto celebrar la próxima en una semana, concretamente, el día 22 de este mes.

Además, con el objetivo de incrementar de forma sustancial la transparencia y la mejora en la toma de decisiones, el pasado mes de enero creamos un acceso específico en la página web del ministerio, que está a disposición de todos ustedes y es accesible para todos los ciudadanos, en el que se incluyen notas informativas de los principales acuerdos adoptados en las reuniones del Pleno de la comisión. Estos informes incluyen tanto las propuestas favorables de financiación como las no favorables, y ofrecen

también información relativa a otras cuestiones de interés, como la composición de la propia comisión o el reglamento de funcionamiento, al que antes he hecho referencia.

Sobre las propuestas favorables, es decir, sobre los medicamentos cuya financiación se valida y forma parte de la cartera pública de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, según los últimos datos consolidados, en el año 2017 había 20 377 medicamentos financiados, de los cuales 12 122 son medicamentos genéricos, 113 son medicamentos biosimilares y el resto son medicamentos de marca. Estos medicamentos incluyen un total de 1485 principios activos. Hay que decir, además, que en los últimos tres años —2015, 2016 y 2017— se han incluido en cartera un total de 4163 medicamentos, lo que supone el 20,4 % de la totalidad de los medicamentos que tenemos financiados. De estos 4163, la gran mayoría —alrededor de 3000— son genéricos, 44 son biosimilares y el resto son medicamentos de marca. De los 4163 medicamentos, se han incorporado 128 principios activos nuevos. De este modo, considerando las nuevas moléculas como innovación, entre estos 128 principios activos el grupo de los antineoplásicos e inmunomoduladores es el más frecuente y numeroso, pues supone un 26,5 %, en mayor medida destinados al tratamiento del cáncer. El siguiente grupo es el de los antiinfecciosos, en el que destaca especialmente el grupo de los nuevos antivirales indicados para el tratamiento del VIH y de la hepatitis C crónica. Dentro del grupo de los antiinfecciosos, teniendo en cuenta la necesidad de disponer de nuevas moléculas antibióticas, procede mencionar de forma especialmente positiva que en los últimos tres años se han incluido en la financiación cinco nuevos principios activos antibióticos y un nuevo antifúngico.

El grupo de los medicamentos indicados en trastornos digestivos y del metabolismo ocupa el tercer lugar, con un 14,8 % del total de las nuevas moléculas. Y cabe destacar como grupo especial el de los medicamentos huérfanos, en el que se han incluido veintiún nuevos principios activos indicados para enfermedades raras, mayoritariamente en las áreas de antineoplásicos y del metabolismo.

Si nos centramos exclusivamente en el año 2017, el grupo mayoritario se corresponde con nuevos principios activos con indicación en el tratamiento del cáncer. Se han cubierto lagunas terapéuticas existentes con medicamentos oncológicos designados huérfanos —no voy a citar algunos ejemplos, por tener un nombre muy raro—, como el lartruvo, que contiene un nuevo principio activo para el sarcoma de tejidos blandos en estado avanzado. Por su parte, otros medicamentos, como bosutinib, también medicamentos huérfanos, se han incorporado con indicación para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica y para la leucemia linfoblástica aguda cromosoma Filadelfia positivo. También el pasado año aprobamos la financiación de dos nuevos medicamentos con un nuevo mecanismo de acción, concretamente para el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado positivo para receptor hormonal y negativo para receptor 2 del factor de crecimiento epidémico humano. Ambos consiguen aumentos significativos en la supervivencia libre de progresión.

A estos nuevos principios activos añadimos las nuevas indicaciones para nuevos procesos o procesos similares con otras indicaciones que también tienen que pasar por el mismo procedimiento de financiación. Entre las nuevas indicaciones más relevantes destaca la irrupción en el tratamiento de las neoplasias de una nueva familia de medicamentos, importante de cara al futuro para el Sistema Nacional de Salud, que es la denominada inmunoterapia oncológica, que básicamente consiste en la estimulación de las defensas naturales propias de la persona a fin de combatir el cáncer con esa estimulación. Inicialmente representada por algunos principios, se está ampliando actualmente a otras moléculas nuevas que también formarán parte de esta panoplia, de este porfolio de arsenal terapéutico que tiene la cartera de servicios. Por su mecanismo y acción, los nuevos principios a los que me he referido —la inmunoterapia oncológica— están indicados para el tratamiento de muchas neoplasias distintas. De hecho, están financiados para indicaciones del melanoma, del cáncer de pulmón, del cáncer de cabeza y cuello y del linfoma de Hodgkin. Es un listado de indicaciones que continuará ampliándose a lo largo de los próximos años. Cabe destacar también la financiación de principios activos para el tratamiento del mieloma múltiple, además de nuevas indicaciones de medicamentos que contienen lenalidomida ya incluidos en la prestación del Sistema Nacional de Salud, que están indicados para utilizar sin combinaciones con antiinflamatorios, dexametasona, y que el pasado año atesoraron nuevas indicaciones, pues combinándose entre sí mejoran la supervivencia de la enfermedad.

También el año pasado, y dentro del grupo de antiinfecciosos, seguimos trabajando frente a la hepatitis C crónica, y prueba fehaciente de ello es la inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud de tres nuevos medicamentos frente a este problema. Es relevante la financiación de una nueva combinación de moléculas sofosbuvir, velpatasvir y voxilaprevir para los pacientes con resistencias a los demás antivirales de acción directa financiados.

Con todo, a 31 de enero de este año, 2018, desde el comienzo de la implantación del Plan estratégico de la hepatitis C hemos tratado con medicamentos innovadores a 99 031 pacientes; y en estos momentos,

transcurrido otro mes, seguramente hayamos alcanzado los 100 000 porque los datos se comunican la tercera semana del mes vencido. Creo que la respuesta viral es un absoluto éxito, es una respuesta viral sostenida positiva en el 97 % de los casos, con una inversión en 2017 de 246,2 millones de euros, similar —lo quiero recalcar— a la realizada antes de la puesta en marcha del plan con los antivirales que se utilizaban; pero la respuesta viral sostenida de aquellos tratamientos apenas llegaba al 50 % y generaba efectos secundarios múltiples y muy negativos.

El hecho de que no se haya visto incrementado el gasto ha sido posible gracias al continuo esfuerzo negociador que hemos realizado, que nos ha permitido incluir en la negociación tres nuevos medicamentos, como les refería a ustedes, y hacer posible una revisión a la baja en precio de los ya financiados. Finalmente, quiero destacar también el esfuerzo que estamos realizando entre todos para continuar financiando medicamentos indicados para las enfermedades raras.

En el año 2017 y en los meses que llevamos transcurridos de 2018, se han incluido once principios activos, y a día de hoy en total están incluidos en la prestación farmacéutica cincuenta y cuatro medicamentos huérfanos.

Llegado este punto, señorías, quiero hacer una breve referencia al trabajo realizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para garantizar que los pacientes que se someten a un ensayo clínico mantienen el tratamiento recibido una vez finalizado este, conforme a lo establecido por el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los comités de ética de la investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. Teniendo presente que España es líder mundial en la realización de ensayos clínicos relacionados con terapias avanzadas, la agencia —lo recuerdo, señorías— regula el acceso a los medicamentos suministrados durante el ensayo mediante el uso compasivo y trabaja para asegurar que los promotores del propio ensayo continúen suministrando los medicamentos de forma gratuita hasta la comercialización efectiva. Además, de forma paralela, la agencia controla las peticiones puntuales de innovadores por parte de los profesionales, una fórmula que ha permitido que en el año 2015 supusiera tratamiento para 10 130 pacientes, para 1972 pacientes en el año 2016 y para 10 772 pacientes en el 2017.

Con todo ello, señorías, el objetivo prioritario que pretendemos es mejorar la calidad de vida, la longevidad y el bienestar de los ciudadanos, de los pacientes. No obstante, es imprescindible que trabajemos también en términos de sostenibilidad, es decir, que hagamos todo lo posible para optimizar todos los recursos existentes y disponibles, y que favorezcamos la solvencia y la viabilidad del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, en los últimos años, y como consecuencia de los elevados precios solicitados para muchos medicamentos que están asociados a un alto grado de incertidumbre tanto clínica como de impacto presupuestario, se ha avanzado mucho en la gestión de los acuerdos de sostenibilidad adicionales a la financiación. Los techos de gasto y el coste máximo por paciente se están consolidando como herramientas con las que salvaguardar los principios de sostenibilidad y dar entrada a la innovación. Para su control utilizamos la aplicación Seguimed y constituimos comisiones de seguimiento específicas para que cada medicamento que existe en la actualidad pueda ser revisado. Actualmente existen ocho acuerdos vigentes de techo máximo de gasto. Además, en este último año hemos conseguido minorar la incertidumbre del precio de los medicamentos una vez finalizado el acuerdo de techo de gasto, debido a que se acuerdan revisiones automáticas del precio con las empresas en función de las ventas reales del medicamento en el último año de vigencia de los techos máximos.

El objetivo pretendido con esta medida no es otro que potenciar las revisiones del precio de los medicamentos ya comercializados y en los que se ha generado competencia en la indicación por la aparición probablemente de otros medicamentos. Las revisiones de los precios de los medicamentos que disfrutaban de protección de patente y/o protección de datos se han empezado a aplicar en los últimos años, y es una medida que, por un lado, obliga tanto a las empresas como a las administraciones a incrementar la precisión en los análisis de impacto presupuestario realizados y que, por otro, ha producido ahorros sustanciales. Concretamente, desde el año 2012 hasta el pasado mes de noviembre ha producido ahorros por valor de cerca de 311 millones de euros gracias a esta medida. También cabe hacer referencia a que en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el día 21 de junio del pasado año, consensuamos con las comunidades autónomas el desarrollo de un modelo para el abordaje de las enfermedades consideradas ultrarraras —prevalencia de menos de un paciente por cada 50 000 personas, según la Unión Europea— y la inclusión en cartera de prestaciones de medicamentos de elevado impacto económico sanitario.

La financiación de este nuevo modelo se incluyó en el programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, en programas de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros,

así como en los programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos durante el año 2017. El objetivo de este modelo es disminuir la incertidumbre sobre el resultado en salud de la utilización de medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades ultrarraras que, a su vez, tienen, como ustedes saben, un elevado impacto económico y sanitario. El modelo que les comento contempla los siguientes pasos: elaboración de protocolos farmacoterapéuticos, registro centralizado de pacientes y evaluación de resultados. Este modelo incluye, además, el establecimiento de un protocolo farmacoclínico, solicitado por la Comisión Interministerial de Precios de forma previa a la inclusión en la financiación, así como un registro de monitorización de la efectividad terapéutica. El protocolo farmacoclínico permite disponer de unos criterios de tratamiento homogéneos para todo el Sistema Nacional de Salud, estableciendo los pacientes candidatos al tratamiento y su seguimiento. El protocolo se ha elaborado por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y en constante colaboración con expertos seleccionados por las comunidades autónomas y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que participaron en la elaboración del informe de posicionamiento terapéutico. Adicionalmente, se contó con el asesoramiento de expertos clínicos en el tratamiento de los pacientes con estas enfermedades, siendo un ejemplo tangible de la aplicación de este modelo el realizado hace poco tiempo, el pasado mes de enero, con la inclusión en la financiación pública de un medicamento denominado Nusinersen, indicado para tratar la atrofia medular espinal, que afecta en España entre 300 y 400 personas. El protocolo de tratamiento fue aprobado durante la reunión de la Comisión Permanente de Farmacia, celebrada precisamente el día 26 de enero, y es efectivo en el nomenclátor desde comienzos del presente mes de marzo. Por su parte, el registro de monitorización de la efectividad terapéutica, centralizado por el Ministerio de Sanidad, permite recoger las variables de seguimiento del tratamiento consensuadas con los profesionales, lo cual permite obtener un mayor y mejor conocimiento de los resultados en salud que ofrece esta nueva alternativa terapéutica. Cabe destacar también en esta misma línea de trabajo sobre la efectividad, la convocatoria de proyectos de investigación clínica independiente en terapias avanzadas, publicada en noviembre de 2017, que incluye una acción estratégica en salud para el ejercicio 2018 del Instituto Carlos III, que se resolverá en el presente ejercicio y que contempla una línea de trabajo orientada a la práctica clínica en relación con la eficiencia de los tratamientos farmacológicos. Existe una reserva de 2 millones de euros, proveniente de los fondos de la disposición adicional sexta del Real Decreto Legislativo 1/2015, para financiar los proyectos que resulten evaluados de forma favorable. Además, esta misma convocatoria incluye otras líneas de interés en el marco de la comparecencia en la que nos encontramos, como es el caso de la investigación clínica sin interés comercial, mediante ensayos clínicos independientes, tanto generales como específicos, para medicamentos huérfanos y población pediátrica.

Señorías, el modelo de gestión vigente en la actualidad es objetivamente suficiente para garantizar la sostenibilidad, toda vez que el coste de los nuevos medicamentos financiados se compensa con los ahorros introducidos por los medicamentos genéricos y biosimilares. Las cifras avalan esta afirmación, el análisis de los datos de uso de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud demuestra que la innovación se incorpora sin que la factura total aumente de modo inasumible. Por ejemplo, el gasto en recetas registrado en el periodo temporal comprendido entre los años 2015 y 2017 se ha incrementado un 6,6 %, con una media anual del 3,3 %, siendo este incremento acumulado de un 3 % en el número de recetas y de un 3,3 % en el gasto medio por receta. Precisamente en este mismo porcentaje, un 3 %, se ha incrementado el número de personas mayores de 65 años que, como todos saben, es un grupo de población en el que se concentra el gasto, el consumo de medicamentos. Por su parte, en la factura farmacéutica del hospital el efecto es aún más claro: el gasto real en el ámbito hospitalario comunicado por las comunidades autónomas en el año 2017 fue de 6051 millones de euros, con un incremento de un 0,1 % con respecto al año anterior. Entre 2016 y 2017 las innovaciones introducidas durante los tres años anteriores en la prestación suponen 2200 millones de euros en 2016 y 2300 en 2017. Es evidente que el discreto aumento en el coste de la innovación se compensa con los mecanismos ya reseñados, y en este caso particular por la mejora en la metodología de gestión de las adquisiciones; incluso en tratamientos disruptivos, como sucedió con los nuevos antivirales indicados en el tratamiento de la hepatitis C, el modelo funciona. Si analizamos de forma conjunta el impacto presupuestario del gasto total de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, tanto de receta como de hospital, podemos comprobar cómo los incrementos anuales del gasto han estado por debajo de incrementos del producto interior bruto; no obstante, y a pesar de que en los últimos años los incrementos de gasto han sido moderados, y muy en línea con el envejecimiento de la población, el Estado ha previsto instrumentos en colaboración con la industria farmacéutica que permitan establecer una estabilidad en el impacto presupuestario que ello supone la innovación. Un ejemplo es el

convenio marco de colaboración vigente con la Asociación Nacional Empresarial de Industria Farmacéutica, firmado en el año 2015, y este acuerdo, renovado a finales del año 2016 para 2017, fue suscrito tanto para agilizar y garantizar el acceso de los pacientes a las innovaciones terapéuticas, en condiciones de cohesión y equidad, como para favorecer la sostenibilidad del modelo asistencial.

El convenio con la industria innovadora es fruto del clima de entendimiento, de diálogo, de sinergia y de consenso permanente que existe entre el ministerio y la propia industria innovadora en los últimos años; es un convenio que, como he comentado públicamente en más de una ocasión, tenemos intención de replicar a lo largo del presente ejercicio con la Asociación Española de Medicamentos Genéricos, Aeseg, y con la Asociación Española de Biosimilares para promocionar el uso, tanto de medicamentos biosimilares como de los genéricos, y procurar la consecución de avances hacia la mencionada sostenibilidad.

Cuestión distinta son los avances que se están registrando en terapia génica tras veinte años de expectativas. Por fin, han surgido tratamientos de eficacia casi contrastada en patologías clásicas de pronóstico fatal y algunos casos de enfermedades raras. Seguimos muy de cerca estos avances y estamos diseñando un modelo de gestión para su abordaje y entrada en la cartera del Sistema Nacional de Salud. En este momento puede afirmarse que las primeras terapias avanzadas no afectarán a la sostenibilidad del sistema sanitario. No obstante, si se mantiene la velocidad de creación de este tipo de terapias y no se producen cambios en los precios exigidos, el sistema podría entrar en una situación de riesgo financiero. Por ello, estamos valorando cuidadosamente este asunto y desarrollaremos modelos sucesivos para que estas terapias sean accesibles a los beneficiarios españoles. Estamos estudiando estos modelos, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. De hecho, y al tiempo que trabajamos en la redacción de un plan específico con el Instituto Carlos III para que esté listo en el año 2019, estamos trabajando en la firma de un acuerdo en este sentido con la Unión Europea para armonizar las cuestiones relativas a la implantación de la denominada medicina personalizada y/o medicina de precisión.

Precisamente sobre la sostenibilidad del sistema, señorías, sobre la evaluación de costes y sobre la financiación del sistema sanitario de las comunidades autónomas, pivota otra de las solicitudes de comparecencia por las que hoy tengo la satisfacción de comparecer en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado. Quiero recordar en este sentido que la financiación de la sanidad no es finalista, lo que significa, como todos ustedes saben, que son las comunidades autónomas las administraciones que deciden cada año qué cantidades invierten en la protección de la salud de sus ciudadanos, en la consolidación y el desarrollo de la sanidad de sus territorios, a partir de la financiación que reciben en términos globales como comunidad autónoma. De este modo, y con la corresponsabilidad y el respeto al reparto competencial vigente, desde que la descentralización se materializó plenamente en diciembre del año 2001 existen diferencias considerables entre lo que unas comunidades y otras destinan por ciudadano, de forma que algunas apenas llegan a invertir 1000 euros por persona; por ejemplo, Andalucía, 1050 euros en el año 2016, mientras que otras superan los 1600 euros, como el País Vasco, con 1616 euros en el año 2016. Estas brechas existentes en la inversión por ciudadano entre comunidades autónomas no siempre —subrayo esto— se corresponden de forma lineal con mejores o peores estadísticas o con mejores o peores condiciones y resultados de calidad de vida, de promoción de la salud, de promoción del bienestar, de prevención o del tratamiento de enfermedades.

De igual modo, y teniendo presente los efectos de la crisis económica iniciada en el año 2008, la evolución experimentada por la proporción del producto interior bruto nacional invertida en sanidad en los últimos años no se corresponde con un mayor o menor número de prestaciones o con una longevidad más elevada o reducida. Es más, tanto el número de prestaciones ofrecidas como la esperanza de vida —82,48 años en el año 2011 por los 83,15 años en el año 2016, es decir, en cinco años, casi un año— y la satisfacción mostrada por los ciudadanos en el barómetro sanitario, que han ido progresando paulatinamente —y en breves fechas podremos presentar los resultados del último año—, lo demuestran, mientras que el gasto sanitario público se mantenía estable: 68 057 millones de euros el año 2011 y 66 678 el año 2016 —datos no consolidados—. Hay una diferencia aproximadamente de 1400 millones de euros. ¿Dónde quiero llegar, señorías? Pues a que tanto a nivel nacional como a nivel autonómico tan importante como incrementar la cantidad de recursos en sanidad es hacerlo, invertir, administrar y gestionar mejor. No es tanto la cantidad como lo que tenemos que administrar y gestionar.

En lo que a invertir se refiere, quiero resaltar que es una cuestión que el Gobierno se ha tomado muy en serio en los últimos años, especialmente desde el comienzo de la presente legislatura. Un ejemplo más que representativo en este sentido es la Conferencia de Presidentes autonómicos celebrada en esta Casa, en el Senado, en enero del año pasado, que fue la sexta edición de estas conferencias y en la que se crearon varios grupos de trabajo que han puesto de manifiesto la necesidad de modificar el modelo

y de dar prioridad a mejorar la dotación existente para los pilares que conforman el Estado de bienestar en nuestro país, incluyendo, como no puede ser de otra manera, la sanidad. Estos grupos de trabajo han dejado patente, además, y ante la realidad sociodemográfica que antes les comentaba, la necesidad de asegurar una financiación adecuada y estable para hacer posible la preservación y la mejora de los servicios sanitarios. Ante esta posición, el Gobierno, impulsor de los propios grupos, no ha cesado de trabajar para hacer lo posible, pensando tanto en el presente como en el futuro, situando en el centro de cada decisión a los ciudadanos, contando con los profesionales como principal activo del sistema y considerando a la industria como un aliado estratégico.

Cabe destacar, en este sentido, dos cuestiones en torno a los presupuestos generales del año 2017: la primera es el incremento de un 2,3 % en inversión en sanidad con respecto al presupuesto anterior, del 2,3 %, lo que se traduce en un total de 4093 millones de euros para la política de sanidad, que incluye las acciones del ministerio, de órganos autónomos y de la Agencia Española del Medicamento, así como la asistencia prestada en régimen de mutualismo administrativo, los créditos de mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Ingesa, y el Instituto Social de la Marina, además del aumento del 3,58 % en el presupuesto para la secretaría general, lo que en términos absolutos supone 11,3 millones de euros. Y la segunda son los 5300 millones de euros extraordinarios para las comunidades autónomas incluidas en los propios Presupuestos Generales del Estado del año 2017 que las comunidades autónomas han podido invertir libremente en el ámbito que consideraran más oportuno y que el Gobierno invitó a posicionar en el Estado del bienestar, es decir, en educación, en servicios sociales y, por supuesto, en sanidad.

No obstante, el Gobierno, el Ministerio de Sanidad, ha hecho mucho más por la financiación y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que la inyección directa de fondos vía presupuestos. Me refiero a medidas que también van más allá incluso del Plan de pago a proveedores, del Fondo de facilidad financiera, del Fondo de liquidez autonómico, que han sido destinados en gran medida a la cobertura de pagos pendientes con proveedores sanitarios, como, por ejemplo, las oficinas de farmacia, la industria farmacéutica y las empresas de tecnología sanitaria. Me refiero a medidas que encajan a la perfección en el apartado de la optimización de los recursos, de la organización de las mejores inversiones y de la puesta en práctica de una gestión más efectiva, a la que antes hacía referencia. Es el caso, por ejemplo, del trabajo que está desarrollando la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud de forma conjunta con la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, denominada Airef, para analizar la eficiencia y la efectividad en el ámbito de la prestación farmacéutica. Es el caso de la Orden del sistema de precios de referencia de medicamentos, cuya última versión fue publicada en el *Boletín Oficial del Estado* el pasado mes de noviembre y generará ahorros por valor de 88 millones de euros, de los cuales 10 son ahorros para los ciudadanos. Es el caso también del acuerdo de La Valeta, suscrito con otros países del ámbito mediterráneo, que impulsó desde España el Ministerio de Sanidad, junto con Italia, Malta, Chipre, Grecia, Portugal, Irlanda, Eslovenia, Rumania y Croacia para cooperar y garantizar a los pacientes el acceso a los medicamentos innovadores con el desarrollo conjunto de distintas herramientas en favor de la sostenibilidad. Y es el caso, entre otros muchos, de la compra centralizada de vacunas, de medicamentos y productos sanitarios, un sistema desarrollado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, en el que la participación de todas las comunidades autónomas sería deseable y muy positiva para todo el Sistema Nacional de Salud.

Gracias a esta posibilidad, impulsada por el Gobierno desde el año 2012, hemos generado ahorros para el conjunto del sistema cercanos a los 200 millones de euros, y en los últimos cinco años hemos sido capaces de ahorrar más de 131 millones de euros en el ámbito de las vacunas, donde, además, hemos impulsado la cohesión y la equidad gracias al calendario común de vacunación infantil vigente desde el año 2013, y más de 67 millones de euros en el terreno de medicamentos y productos sanitarios. Son cifras que aumentarán hasta los 263 millones, según nuestros cálculos, en el año 2019: más de 176 para las vacunas y más de 86 para los medicamentos y productos sanitarios, y que podrán verse incrementadas todavía en mayor medida gracias a la inclusión de la contratación centralizada de servicios sanitarios que impulsamos mediante la nueva Ley 9/2017, de contratos del sector público, que en su disposición adicional vigésima séptima hace referencia a la adquisición centralizada de medicamentos, productos y servicios sanitarios con miras al Sistema Nacional de Salud que, como ustedes saben, entró en vigor el pasado viernes 9 de marzo.

Al margen de estas iniciativas, señorías, quiero hacer mención al compromiso adquirido por el Ministerio de Sanidad el pasado mes de noviembre, durante la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de abordar directamente las necesidades de financiación. Es un tema que incluiremos en el orden del día de la próxima sesión plenaria del próximo consejo, que se celebrará a lo largo de las

próximas semanas, y en el que queremos consensuar con las comunidades autónomas aspectos sobre líneas y sobre los debates que puedan, de alguna forma, orientar mejor la dotación presupuestaria invertida y necesaria en la sanidad. Las conclusiones que alcancemos en este pleno o en los plenos posteriores que haya, serán remitidas al Consejo de Política Fiscal y Financiera para que los responsables de Hacienda que conforman dicho consejo puedan tomar las decisiones pertinentes sobre las necesidades reales de los pacientes, de los profesionales del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, que nosotros, como responsables de la sanidad que somos, les trasladaremos.

En todo caso, señorías, es cardinal que entre todos seamos capaces de sacar adelante los Presupuestos Generales del Estado de este año, que todos los grupos parlamentarios apoyen o, cuando menos, realicen aportaciones constructivas para que las cuentas puedan ser aprobadas con las mayores y las mejores dotaciones posibles en términos generales, pero, especialmente, en materia de sanidad. Nosotros seguiremos trabajando cada día, y cada día más, para que los resultados, especialmente en términos de salud, sean mejores, y trabajaremos en términos de evaluación, de transparencia y, tanto como nos resulte posible, de comparación. El ámbito de la farmacia, de la financiación, de la inclusión en la cartera pública de nuevas prestaciones y tratamientos innovadores es un buen ejemplo de ello.

Otra muestra representativa de todo esto es la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, impulsada por el ministerio y validada por las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial del año 2012. Y otro ejemplo en ciernes que presentaremos en fechas muy próximas es el Portal de la transparencia del Sistema Nacional de Salud que denominaremos Sanidad en datos y que pondrá a disposición de todos ustedes información amplia actualizada sobre el día a día en nuestro sistema sanitario.

Paso a dar respuesta a las preguntas orales y escritas convertidas en orales. Precisamente, un grupo de ellas se refiere a los profesionales. Quiero dedicar unos minutos para responder a estas preguntas formuladas por el senador Pío Rómulo Zelaya en relación con la tasa de reposición.

Señorías, antes de profundizar en esta cuestión, quiero dejar patente que la formación y la capacitación de nuestros profesionales son reconocidas en todo el mundo y suponen un valor esencial no solo en nuestro sistema sanitario, sino también de la marca España.

Si nuestro modelo sanitario es destacado e imitado internacionalmente se debe, en gran medida, al buen hacer y el *expertise* de nuestros profesionales, tanto desde la perspectiva existencial como desde el punto de vista de la docencia, de la investigación, del desarrollo y de la innovación. En consecuencia, este Gobierno siempre ha procurado que la tasa de reposición en el ámbito sanitario sea lo más próximo a las posibilidades existentes y a las necesidades reales del sistema. La tasa de reposición de los profesionales sanitarios por la que se me pregunta es una ratio que, como supongo que ustedes sabrán, no establece el Ministerio de Sanidad, sino el Ministerio de Hacienda y Función Pública, cuya evolución en los últimos diez años ha sido la siguiente: entre el año 1997 y el año 2002 la tasa de reposición de funcionarios fue del 25 %; desde el año 2002 hasta el año 2008 la tasa de reposición de efectivos fue del 100 %; en el año 2009 la tasa de reposición fue del 30 %; en el año 2010 la tasa de reposición fue del 15 %; y en 2011, 2012, 2013 y 2014 la tasa de reposición fue del 10 %, pero solo para aquellos colectivos y sectores de actividad de la Administración marcados como prioritarios, entre los que se encontraba sanidad, junto con educación y cuerpos de seguridad del Estado. En 2015, como resultado del progreso económico generalizado en el país, la sanidad también fue contemplada como sector prioritario por el Gobierno y se elevó la tasa de reposición del 10 % al 50 %. En 2016, año de salida de la crisis, se estableció una tasa de reposición general del 50 %, que se elevó hasta el 100 % para sectores prioritarios como la sanidad.

Teniendo presentes estos datos, insisto en que la evolución en los últimos años no ha sido restrictiva como se plantea en las preguntas. Es más, según los datos contemplados en el informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016 —que todos los ciudadanos podemos consultar en la página web del ministerio—, contamos con un total de 116 711 médicos, frente a los 107 290 del año 2011, es decir, 9421 médicos más entre el año 2016 y el año 2011, y con 169 601 enfermeros y enfermeras por los 156 016 que había en el año 2011, es decir, 13 585 enfermeros más. Además, el último informe sobre indicadores de salud 2017 denominado Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea, que puede ser consultado en la página web del ministerio, no concluye que exista ningún impacto negativo causado por la evolución de la tasa de reposición de los profesionales sanitarios y los indicadores de salud. En cambio, el informe que ofrece una idea global de la situación de salud en el ámbito geográfico concreto de determinada población con una amplia variedad de aspectos que reflejan la situación de la salud en España, como la esperanza de vida, las principales causas de mortalidad, la morbilidad causada por diferentes enfermedades, accidentes e incapacidad, hábitos y estilos de vida, etcétera, pone de manifiesto una evolución positiva en la mayoría de los indicadores de salud.

Además, y más allá de la tasa de reposición, el ministerio está implementando diversas iniciativas para mejorar la ordenación de las profesiones en el Sistema Nacional de Salud, así como la gestión y la planificación de las plantillas en coordinación con las comunidades autónomas y, especialmente, con los consejos de colegios profesionales, las sociedades científicas y los sindicatos, sobre normas vertebradoras, como la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, y la Ley 55/2003, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, que estableció las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforma el Sistema Nacional de Salud. Sobre estas dos bases hemos desarrollado en los últimos años iniciativas como las siguientes: el registro estatal de los profesionales sanitarios, los acuerdos marco suscritos por el Ministerio de Sanidad con los consejos de colegios, los sindicatos y los enfermeros y farmacéuticos en el año 2013. Permítanme que destaque, además, la oferta pública de empleo que el Gobierno, el Ministerio de Hacienda y Función Pública, consensuó con los sindicatos Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores y Central Sindical Independiente y de Funcionarios en marzo del pasado año; es la mayor oferta pública de estabilización de la democracia y servirá para convocar más de 100 000 plazas para profesionales del ámbito sanitario —sanitarios y no sanitarios—, reducir la tasa de temporalidad al 8 % en tres años y cubrir el 100 % de la tasa de reposición que antes les comentaba.

Por otra parte, y como también les decía antes, las competencias en materia de sanidad fueron transferidas en su práctica totalidad a las comunidades autónomas a finales del año 2001. Así pues, la responsabilidad en el ámbito de recursos humanos y, por tanto, de su planificación es compartida entre el ministerio y las propias comunidades autónomas. En este contexto y en el marco de trabajo, coordinación y cooperación que supone el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el ministerio lleva tiempo liderando acciones de distinto calado para mejorar la gestión y la citada planificación de los recursos humanos. Es el caso del grupo de trabajo sobre el déficit de profesionales médicos creado y puesto en marcha a partir de la sesión plenaria del consejo interterritorial celebrado el pasado 8 de noviembre. Este grupo de trabajo, avalado y respaldado por todas las comunidades autónomas, se ha reunido desde entonces en cinco ocasiones; la última reunión tuvo lugar el pasado 19 de febrero y ha servido para consensuar con todas las comunidades autónomas distintas líneas de trabajo a llevar a la práctica para procurar avances en distintas áreas. Áreas que la ministra les expuso en el Pleno de esta misma Cámara el pasado 20 de febrero y que consisten en identificar las plazas y las especialidades deficitarias, así como los puestos que más cuesta cubrir en cada comunidad autónoma; incentivar a los especialistas para que trabajen, precisamente, en plazas de difícil cobertura o en especialidades deficitarias para estabilizar esos puestos de trabajo; mejorar la información que las comunidades autónomas nos hacen llegar al ministerio sobre el número de contratos y plazas que realizan en cada especialidad; facilitar la realización en los centros asistenciales de las comunidades autónomas de las prácticas necesarias para que determinados titulados especialistas extracomunitarios cierren su ciclo de autorización y puedan terminar el proceso de reconocimiento de la obtención de su título de homologación; actualizar los datos de todas las comunidades autónomas para desarrollar la oferta pública de empleo de estabilización; cohesionar las diferentes categorías profesionales para mejorar la coordinación de la citada oferta pública de empleo; realizar un nuevo estudio de necesidades de especialistas, que ya está en marcha; flexibilizar y agilizar la acreditación de unidades docentes; valorar la situación de las incompatibilidades del personal médico en el Sistema Nacional de Salud; estudiar y, si es posible, flexibilizar la vinculación del profesional a su centro para que pueda atender necesidades de diversos dispositivos; restablecer el modelo de formación troncal; analizar una ampliación moderada de la oferta anual de formación sanitaria especializada y revisar los planes de ordenación de recursos humanos de las comunidades autónomas.

Quiero dejar patente también que el trabajo realizado para mejorar la planificación y la adecuación de las plantillas en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud es una constante en los últimos años y que en 2015 pusimos en marcha el foro profesional que desde entonces, y con la presencia y participación de Andalucía y Cataluña en representación de todas las comunidades autónomas, se ha convertido en un punto de encuentro en el que médicos y enfermeros no solamente han consensuado posiciones en ámbitos tan relevantes como la indicación enfermera, sino que han sentado las bases de una relación profesional que pasa hoy día por su mejor momento en muchos años.

Además, el próximo día 20 de marzo celebraremos la Conferencia Enfermera, una reunión que contará con la presencia —y en ese ámbito estamos trabajando— de los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas, así como de los presidentes del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería y del sindicato Satse. Del mismo modo, ya en el mes de abril convocaremos la Conferencia Médica también con la participación de los consejeros autonómicos y de los principales representantes de la profesión. De esta

forma daremos cumplimiento a lo planteado en los acuerdos marco suscritos por los propios profesionales en el año 2013, así como al consenso alcanzado en el consejo interterritorial de junio de 2017 para celebrar ambas conferencias. Así, todos juntos, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas y, por supuesto, los profesionales, aunaremos esfuerzos para aportar soluciones a medio y largo plazo ante retos como el que plantea la planificación de los recursos humanos.

Voy terminando, señorías. Me consta que también se hacía una referencia a preguntas sobre la interrupción del embarazo y preguntas referidas a salud mental.

También quiero decirles que estamos trabajando decididamente en salud mental. Este es un encargo que nos hizo el consejo interterritorial. En el año 2016 ya intentamos llevar a cabo una estrategia, pero no fue validada por las comunidades autónomas. Ahora, ellas mismas nos han pedido que elaboremos una nueva estrategia, y nos encontramos en esta fase. Espero que vea la luz pronto, en los próximos meses.

Con esto, y sin más, señorías —espero que me disculpen por la extensión—, doy por concluida esta primera intervención. Espero haber dado respuesta a las necesidades de información existentes y quedo a su disposición para las valoraciones y las preguntas que consideren oportuno realizar.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Castrodeza.

A continuación, pasamos al turno de portavoces, comenzando por el Grupo Parlamentario Socialista, ya que también es solicitante de esta comparecencia.

Para ello, tiene la palabra su portavoz, el senador Martínez Olmos.

El señor MARTÍNEZ OLMOS: Gracias, señora presidenta.

¿De cuántos minutos disponemos?

La señora PRESIDENTA: De diez minutos, aunque la Presidencia será flexible en los tiempos.

El señor MARTÍNEZ OLMOS: Gracias, señora presidenta.

Gracias, señor secretario general de Sanidad, por acudir a la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado. A mí me hubiera gustado que compareciera antes, pero, en cualquier caso, no puedo más que agradecer su comparecencia.

Usted ha establecido en su intervención una serie de parámetros y ha comentado actuaciones del ministerio en relación con los motivos de la comparecencia, cosa que yo agradezco. Ahora bien, le tengo que decir que estoy profundamente decepcionado, y quiero que entienda —tanto usted como el grupo parlamentario que sustenta al Gobierno— que los argumentos que voy a exponer sobre los temas que han sido objeto de la solicitud de comparecencia son motivo de enorme preocupación; unos porque entendemos que no están abordados adecuadamente, y otros porque consideramos que no nos ha dado información suficiente sobre ellos.

Usted ha hablado aquí sobre el impacto de la innovación en la calidad asistencial —aunque no solo en este terreno—, donde tengo que decirle que, desde hace muchos años, en general, las decisiones que se adoptan para el enriquecimiento y mejora de la cartera de servicios cuenta con los avales técnicos necesarios dados por las organizaciones correspondientes —aunque siempre se puede hacer mejor, como es lógico, y ahora le daré algunos datos—. Sin embargo, la cuestión fundamental que nos interesa, una vez resuelta la calidad asistencial, es el impacto económico, en un contexto de insuficiencia presupuestaria del Sistema Nacional de Salud, de insuficiencia presupuestaria de las comunidades autónomas. Esa insuficiencia presupuestaria hace que nos encontremos en una situación en la que, aunque cuando se cierran los ejercicios presupuestarios el gasto en sanidad es de 66 000 millones de euros —creo recordar que es lo que usted ha dicho—, en los presupuestos inicialmente autorizados por los parlamentos regionales se consignan, en general, entre 7 y 10 000 millones de euros menos de los que finalmente supone el coste de los servicios como consecuencia de la obligación de las comunidades autónomas de atender los requerimientos del Ministerio de Hacienda con relación al techo de gasto y los objetivos de déficit.

El coste adicional a lo presupuestado inicialmente por cada comunidad autónoma que pueda tener el servicio regional de salud —y, por tanto, del conjunto del Sistema Nacional de Salud— queda pendiente de ser abonado en función de los esfuerzos presupuestarios que puedan hacer las comunidades autónomas o, fundamentalmente, por el Fondo de Liquidez Autonómica —que no es otra cosa que un préstamo bancario avalado por el Gobierno— y los planes que el Gobierno suscriba.

Por lo tanto, se puede decir, afirmar y demostrar que el déficit estructural del sistema está entre 7 y 10 000 millones de euros anuales. Y se puede decir, afirmar y demostrar que el déficit acumulado del

Sistema Nacional de Salud español, a lo largo de los últimos seis años, ronda los 40 000 millones de euros acumulados, ya sea del FLA o similares, que se tiene que devolver —como es lógico— a los prestatarios, los bancos, a quienes avala el Ministerio de Hacienda.

Tenemos, por tanto, un problema estructural de financiación. Una cosa es que con los fondos del FLA se pague a proveedores, pero esta situación requiere la adecuación de los presupuestos a futuro para conseguir los objetivos de déficit. Por mucho esfuerzo que ustedes puedan hacer en la gestión de las decisiones que les corresponden como Ministerio de Sanidad, competente para decidir qué medicamentos se incorporan a la cartera de servicios, con su coste correspondiente, esto no es suficiente para poder afirmar —como usted ha dicho— que el coste de la innovación se compensa por el ahorro que suponen determinados mecanismos vinculados al sistema de precios de referencia, cumplimiento de patentes, etcétera.

De hecho, los datos que usted ha dado sobre lo que ha supuesto la innovación en los años 2016-2017 —ha hablado de más de 2000 millones de euros— no casan con esa situación estructural de insuficiencia presupuestaria. Entienda que esto no es una crítica a su gestión —que podría serlo—, sino una constatación de que las decisiones que adopta el Sistema Nacional de Salud con el ministerio, en colaboración con las comunidades autónomas, se hacen con un modelo de toma de decisiones que ha quedado anticuado ante las necesidades financieras que tienen las comunidades autónomas.

El ministerio, con todos los procedimientos que usted ha señalado, decide la incorporación de un producto a la cartera de servicios, lo cual tiene un impacto económico que se trata de compensar, en la medida de lo posible, con la gestión de los medicamentos genéricos, los que pierden patente, etcétera, pero como esto no es suficiente, cae sobre las comunidades autónomas la responsabilidad —como no puede ser de otra manera— de prestar esos servicios sin los recursos suficientes. Consecuencia: cuando se trata de innovaciones que son muy relevantes en términos científicos, como pueden ser las últimas terapias de la hepatitis C, todas las comunidades autónomas atienden estos servicios para los pacientes —con un impacto que usted no ha citado, pero que sabemos que ha superado los 1500 millones de euros agregados— y, como consecuencia de eso, dada la insuficiencia presupuestaria de las comunidades autónomas, se dejan de hacer otras cosas, porque se prioriza. Y dejar de hacer otras cosas significa que tengamos estas cifras: incremento récord de las listas de espera quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud tanto en el número de personas que esperan ser operadas —más de 600 000—, como en los días de espera —en torno a 105 días—, así como otras muchas cuestiones que, de manera desigual, son la respuesta que dan las comunidades autónomas a esa insuficiencia presupuestaria crónica y estructural.

Por lo tanto, desde ese punto de vista era imprescindible que usted, al acudir aquí como representante del ministerio, nos pudiera trasladar cuál es el impacto previsible de aquellas innovaciones que se encuentran ahora en proceso de análisis para ver en qué medida las comunidades autónomas pueden necesitar de una financiación adicional o de mecanismos de gestión —de la prestación farmacéutica en este caso— que hicieran que no se desequilibrara más la situación. Y en ese sentido, usted no nos ha respondido.

Es más, lo que usted ha planteado es que podemos seguir haciendo las cosas como se hacen, porque el coste de la innovación se compensa con los ahorros producidos en la gestión de los medicamentos sin patente, cosa que no es así. Y al no ser así, con el planteamiento que usted nos ha trasladado nos encontramos con una previsión de insuficiencia presupuestaria que se cronificaría si no se corrigiera el modelo de financiación autonómica, que es la segunda cuestión por la que usted comparece ante nosotros.

Decir que son las comunidades autónomas las que deciden libremente cuánto se destina a sanidad es una verdad a medias, y todas las verdades a medias se pueden ver de otra manera. Las comunidades tienen unos recursos controlados por el Ejecutivo —por su competencia a la hora de fijar el techo de gasto, etcétera— y, en función de eso, pueden hacer luego una asignación, pero ya están condicionadas, lastradas por la insuficiencia que el modelo de financiación ha detectado. Si no, ¿por qué cree usted que el presidente Feijóo; el presidente Herrera; el presidente Fernández, de Asturias; o el presidente de Aragón, Lambán, se juntaron hace pocos días para exigir al Gobierno que pusiera ya encima de la mesa un modelo de financiación que cubra las necesidades, entre otras, del gasto real de la sanidad? Porque es insuficiente lo que hoy nos está dando el modelo de financiación.

Por lo tanto, es muy importante que la función competencial que le corresponde al Ministerio de Sanidad, pero también la función coordinadora, que es debatir esta cuestión en el Consejo Interterritorial, se aborde, como afortunadamente usted nos acaba de decir. Pero nos tiene que asegurar que en esa reunión del consejo interterritorial las cuentas acreditadas que presenten las comunidades autónomas del gasto real de los servicios sanitarios, sobre todo aquel que tiene que ver con decisiones obligadas, como estas que estamos comentando de autorización de nuevos principios activos a la cartera de servicios,

van a ser trasladadas literalmente y defendidas por parte del Ministerio de Sanidad para que luego, en el órgano que corresponde, que es el Consejo de Política Fiscal y Financiera, se asuman las necesidades de déficit estructural y se asuma si se van a cubrir o no. Esto es lo que nos puede preocupar de cara a la sostenibilidad del sistema en el futuro.

A nosotros nos preocupa el desequilibrio que, como consecuencia de esa insuficiencia presupuestaria crónica, tienen las cuentas de las comunidades autónomas, que luego se refleja luego en desigual acceso, en desiguales listas de espera, en desigual dotación de recursos humanos, es decir, en lo que hoy es una constatación de un enorme problema.

Usted ha citado los datos de los indicadores de salud, recientemente publicados por el Ministerio de Sanidad, referidos al 2017. Ahí hay ya un impacto real en relación con el deterioro de la mayoría de las tasas de mortalidad, y lo que es peor, a las enormes diferencias que hay entre comunidades autónomas. Y le invito, si no lo ha hecho ya —supongo que lo habrá hecho—, a estudiar cualquiera de los indicadores y verá cómo cuando se distribuye la información por comunidades autónomas hay, en la mayoría de ellos, unas que están en un nivel y otras en el doble de peor tasa de mortalidad, con una diferencia que puede estar explicada por razones genéticas o geográficas, pero que, como comprenderá, tiene que ver con esta disponibilidad de recursos o con la eficacia de las actuaciones, correspondiendo al Ministerio de Sanidad articular políticas de cohesión —es su competencia, en coordinación también con las comunidades autónomas.

Por lo tanto, estas son las razones, brevemente expuestas, de por qué nos preocupa, por qué me quedo preocupado, como portavoz de mi grupo, por la exposición que usted ha hecho, y es porque se deriva una autosatisfacción que no se corresponde con los problemas estructurales que tiene el Sistema Nacional de Salud.

Señor Castrodeza, a usted, a la ministra, al equipo actual, les ha tocado el momento histórico en el que se tiene que definir el nuevo modelo de financiación autonómica. Probablemente hace cuatro años, no. Usted también podría ser responsable en el ministerio, pero no le tocaba ese momento histórico. El momento es este. La responsabilidad del Gobierno tiene que ser liderar un debate serio, riguroso, adaptado a las necesidades y posibilidades económicas del país, pero para corregir un defecto estructural que puede ser un grave problema de desequilibrio para el futuro, porque ya lo está siendo en este momento.

En ese sentido, le quiero plantear alguna cuestión porque me parece importante saber la valoración que puede hacer. Es muy importante la labor que hace el Ministerio de Sanidad en la definición de la cartera de prestaciones farmacéuticas. Nosotros entendemos que hay necesidad de dotar con más recursos humanos a la Dirección General de Farmacia. La propia situación que hemos vivido ha hecho que se hayan perdido efectivos en el Ministerio de Sanidad, y nosotros creemos que es importante. ¿Cuántos? Eso lo tienen que estudiar ustedes, pero hay que reforzar esa función porque, entre otras cosas, algunas de las medidas que pueden ser interesantes, y que ustedes han adoptado, requieren de un análisis continuo. Cuando hablan ustedes, por ejemplo, de autorización de nuevas indicaciones, merece la pena analizar si las combinaciones de medicamentos que tienen nuevas indicaciones autorizadas se pueden gestionar a mejores precios o de otra manera. Es una función que se puede hacer con la colaboración de comunidades autónomas, pero es una función del ministerio muy importante para el Sistema Nacional de Salud. Es un ejemplo de por qué entendemos que hay que reforzar, desde el punto de vista de los recursos humanos, el Ministerio de Sanidad en este ámbito concreto.

Y le tengo que decir que, a pesar de que usted ha dado alguna información sobre los techos de gasto, es decir, que tienen ocho acuerdos de techo de gasto, sinceramente le tengo que decir que hay una enorme opacidad sobre ellos. En unos tiempos en los que la transparencia es importante, creo que hay áreas de mejora, sin duda, en esta materia. ¿Por qué? Porque si tenemos información sobre estos asuntos podremos conseguir mejores enfoques.

La reflexión me lleva a lo que usted ha planteado del acuerdo con Farmaindustria. Nosotros no estamos de acuerdo con que esa sea una buena estrategia. A lo mejor a Farmaindustria le parece bien que el Gobierno le haya dicho que aceptamos el crecimiento del gasto hasta el punto del crecimiento del producto interior bruto. Le puede parecer bien a Farmaindustria, pero a nosotros nos parece bien que se gaste lo que se tenga que gastar, lo menos posible, lo mejor gestionado posible, pero no de esa manera. En cualquier caso, estamos en contra de esa filosofía, y lo demostramos cuando gobernamos porque nos encontramos un pacto parecido y lo que hicimos fue una normativa que obligaba a la industria a devolver una parte del gasto al Sistema Nacional de Salud.

En ese sentido, tenemos un modelo diferente, pero lo más relevante es lo siguiente, y quiero que quede constancia: ese acuerdo es papel mojado, no se le puede obligar a cumplir con ese documento a

ninguna compañía farmacéutica que no quisiera cumplirlo, porque ninguna compañía farmacéutica lo ha firmado. Lo ha firmado una patronal. Está muy bien, es interesante, representa, pero le insto a revisarlo, y si quiere usted podemos debatirlo con abogados del Estado. No es un acuerdo que obligue, en un Estado de derecho, a los que son socios. Obliga a Farmaindustria, pero la compañía concreta que pudiera haber sido la causante del incremento de gasto por encima del PIB que obligara a la devolución de dinero no está obligada, no lo ha firmado, no lo ha suscrito. Por lo tanto, ponga las cosas en su justo término, porque me parece que el modelo, además de ser inadecuado, es un planteamiento que no corresponde.

Finalizo, señora presidenta.

Señor Castrodeza, también me parece importante asegurar que la innovación puede entrar en el sistema a un coste que se pueda pagar y, por supuesto, ahí la política de precios siempre puede ser mejorada, pero la infrafinanciación del sistema es lo que explica por qué el gasto hospitalario ha crecido mucho más que el gasto en oficinas de farmacia, básicamente porque en ellas están los medicamentos que no tienen patente y, por lo tanto, tienen los precios más bajos, y así es muy difícil, porque tanto por sistemas de precios de referencia como por la competencia que puede haber en el sector de genéricos, los precios tiran a la baja y es muy difícil crecer.

Pero lo que está expresando el crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario, que usted ha cifrado en torno a los 2000 millones de euros al año, es muy negativo para la oficina de farmacia, porque buena parte de esos medicamentos no están en la oficina de farmacia por su precio, por el modelo retributivo de la farmacia.

Por consiguiente, me parece importante que pudiéramos trabajar conjuntamente en hacer posible un modelo de financiación que prevea las necesidades reales. Ustedes, en ese sentido, tienen un instrumento muy importante, que es saber qué nuevos productos se piden, cuáles pueden ser necesarios y qué precio finalmente van a aceptar —cuestión que siempre se puede cuestionar y mejorar, pero es su responsabilidad— y dotarlo financieramente a las comunidades autónomas para que no se produzcan esos desequilibrios que también terminan afectando a la oficina de farmacia.

Muchísimas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Pasamos a la intervención del resto de los grupos parlamentarios.

Tiene la palabra la senadora Ahedo, del Grupo Vasco.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias, señora presidenta.

Lo primero que quiero hacer es agradecer al secretario general, al señor Castrodeza, que haya venido a comparecer ante esta comisión y su exposición.

Yo voy a hacer una consideración y luego alguna pregunta bastante concreta. Como premisa, creo que todos tenemos claro, por lo menos nosotros, que si hay algo determinante a día de hoy para la sostenibilidad del sistema, más allá del envejecimiento y todas estas cosas de las que solemos hablar, es el desarrollo tecnológico y farmacéutico. Por eso el seguimiento del gasto farmacéutico se vuelve fundamental. Tenemos muy claro que el Estado tiene competencia exclusiva en la legislación sobre productos farmacéuticos, pero usted ha dicho que considera que la participación de las comunidades autónomas en la comisión interministerial de precios, tal y como lo ha expresado, le satisfacía, y yo tengo que decirle que nosotros consideramos que es totalmente insuficiente, que la proporcionalidad no tiene mucho sentido.

Entendemos que en la toma de decisiones sobre precios que inciden directamente en el seguimiento del gasto y que inciden determinadamente en la sostenibilidad del sistema, haría falta una mayor participación, porque finalmente son las comunidades autónomas las que financian las prestaciones. Las decisiones se toman de una forma en la que hay quien no siendo el competente, dice cómo hay que pagar, qué hay que pagar y a qué precio hay que pagar, y eso supone un riesgo para todas las comunidades autónomas, pero para Euskadi y Navarra supone un riesgo adicional por el régimen financiero específico que tienen.

Nosotros no recibimos ninguna dotación presupuestaria, no recibimos financiación, no accedemos al FLA porque tenemos un sistema diferenciado y asumimos directamente el riesgo relativo a gasto y a financiación de todo lo que tiene que ver con farmacia y todo lo que tiene que ver con innovación en farmacia. Por eso, entiendo que si ya pensamos que las comunidades autónomas no están suficientemente representadas, no puedo evitar decir que tanto Navarra como Euskadi deberían ser miembros permanentes de esta comisión interministerial de precios. Como esto ya se lo pregunté a la ministra y no me respondió, es por si en el año que ha pasado desde que se lo pregunté han reflexionado un poco sobre ello y me podría decir algo.

Después de esta consideración, quería hacerle dos preguntas concretas. Una, acerca del incremento relativo del precio de las nuevas incorporaciones con respecto a las alternativas ya existentes. Y otra, mucho más concreta, acerca de algunos problemas que surgen en la gestión de medicamentos en situaciones especiales. Por ejemplo, en algunos momentos la Agencia Española del Medicamento establece el acceso a determinados medicamentos no financiados. Esto lo hacen sin la consideración previa de las comunidades autónomas en la Comisión Permanente de Farmacia, y a veces surge el problema de que hay una falta de continuidad de acceso a esos tratamientos en las situaciones en las que, finalmente, ese medicamento no obtenga la financiación por parte del Sistema Nacional de Salud. Quisiera saber si han estudiado cómo subsanar este tema.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Unidos Podemos, tiene la palabra la senadora Palencia.

La señora PALENCIA GARCÍA: Muchas gracias, presidenta.

Quiero agradecer también, como no puede ser de otro modo, la presencia del secretario general de Sanidad para informarnos.

Señor Castrodeza, ya era hora de que su ministerio tomara medidas para mejorar tanto la transparencia como la gestión en materia de financiación pública de prestación farmacéutica, porque buena falta le hacía. Y no es una cosa que le diga yo, es una cosa que le ha dicho el Tribunal de Cuentas y la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, en cuyos últimos informes su ministerio no sale nada bien parado. Le voy a citar tres perlas que dedicaban a su ministerio. Le decían que en esta materia de financiación pública de medicamentos no habían desarrollado ni aplicaban la ley; que no estaban claros los elementos a considerar en la fijación de precios de medicamentos financiados de nueva comercialización; y que existía una absoluta falta de transparencia y de predictibilidad en la actuación de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

En estos informes, señor Castrodeza, que seguramente usted ha leído, hay muchísimas recomendaciones de los dos órganos para que su ministerio y el Gobierno actúen, y otras tantas que los grupos parlamentarios, incluido el del Partido Popular, han aprobado en comisión y que esperamos que su ministerio cumpla. En este sentido, estaremos atentas a si los próximos informes reflejan todas esas mejoras que usted nos ha transmitido.

Debo reconocerle también que usted venga a esta comisión a informar sobre la puesta en marcha de un nuevo modelo de financiación para medicamentos de alto impacto, para enfermedades raras y también para oncología. Esta iniciativa, que surgió del Consejo Interterritorial de Sanidad en julio de 2007, y la posterior creación de un grupo de trabajo, nos parece acertada. A nuestro grupo le parece un procedimiento adecuado, pero que requiere de transparencia en la información sobre su gestión y seguimiento, algo que no está teniendo lugar del todo.

Le voy a trasladar varias cuestiones que nos preocupan por su elevado impacto económico y sanitario. Algunas de ellas las hemos formulado por escrito, pero no hemos recibido respuesta. Se trata de cuestiones sobre el nuevo abordaje para el tratamiento de las enfermedades ultrarraras que se ha puesto en marcha. Este modelo incluye el establecimiento de un protocolo farmacoclínico y un registro de monitorización de la efectividad terapéutica —ya nos lo ha referido usted también—. En este sentido, le voy a trasladar las cuestiones para que les dé respuesta ahora o, si no fuera posible, porque requieran un informe, para que nos las remita por escrito.

Nos gustaría que nos dijera de forma más detallada en qué consiste este protocolo farmacoclínico que nos ha explicado de forma general. Se ha referido también a que existen dos millones de euros para el fondo del Instituto Carlos III, pero nos gustaría saber concretamente qué presupuesto se ha asignado a este nuevo mecanismo de financiación, si se ha acordado con las comunidades autónomas soportadoras del gasto, y si se ha acordado también el retorno en forma de transferencias de financiación con aquellas. Asimismo, nos gustaría que nos informara sobre el grado de participación que van a tener los laboratorios en todo este proceso.

Respecto a la negociación del convenio de Farmaindustria, al que ha hecho referencia el senador Martínez Olmos, que me ha precedido en el uso de la palabra, me gustaría que nos explicara por qué, si en su opinión, en la de su ministerio y en la del Ministerio de Hacienda, es conveniente para el gasto farmacéutico y para las comunidades autónomas, se liga a la solicitud del FLA y se les obliga a estas a adoptar dicho acuerdo si quieren acceder a dicho fondo. Si este convenio es tan favorable, no entendemos

la obligación, salvo que haya un afán de control centralizador. Por eso se lo pregunto, porque a lo mejor hay otra razón.

También nos gustaría que nos concretara los criterios de fijación de precios de estos fármacos que se han seguido y los mecanismos de transparencia previstos por su ministerio para auditar los costes reales de innovación y producción justificados por los laboratorios.

Le voy a preguntar también, concretamente, por el fármaco Spinraza, cuya financiación ha entrado en vigor el 1 de marzo de este año. Quisiéramos saber las condiciones acordadas con el laboratorio propietario en cuanto al precio financiado y también si se le ha solicitado a la empresa información sobre los costes de innovación y producción, y, si así fuera, cuáles son.

Como he dicho al principio, creemos que estas cuestiones deben ser respondidas en pos de la obligada transparencia en todos los procesos sobre negociación de fijación de precios por parte de la Administración pública, cuyo objetivo no puede ser otro que obtener un precio justo, asegurar la continuidad de la investigación actual y futura, velar por la sostenibilidad del sistema y, a la vez, garantizar el acceso a los medicamentos a todas aquellas personas que los necesiten.

Por último, le voy a preguntar por un dato que nos ha dado y que contradice informaciones que nosotros tenemos y que emite el Ministerio de Hacienda. Usted ha dicho que el presupuesto de sanidad ha aumentado en más de un 2 %. En concreto, que la secretaría general ha aumentado un 3 %. Me gustaría que nos lo aclarara, porque estas cifras no cuadran con las informaciones que se recogen en el plan presupuestario para 2018 que ha remitido el Ministerio de Hacienda a Bruselas, en el que se dice que sanidad tendrá un presupuesto del 5,8 % relativo al PIB, que baja un 0,2 y, además, que si esto se cumple —que se cumplirá, porque así tiene que ser— será un mínimo histórico, porque en 2018 sería la primera vez que el presupuesto de sanidad baja de un 6 %. Quisiera que nos explicara la cifra que usted ha dado, porque no coincide con las cifras que publica el propio Ministerio de Hacienda y que imagino que conocerá, puesto que el plan presupuestario para 2018 está publicado en la página del ministerio.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

A continuación, tiene la palabra el senador Alarcó, portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señora presidenta.

Don Javier Castrodeza, secretario general del Ministerio de Sanidad —que yo creo que más pronto que tarde lo llamaremos de la salud, porque, en mi opinión, lo define mejor—, muchas gracias por su comparecencia y por su amplia explicación, centrada, fundamentalmente, en el tema de los fármacos y, de forma genérica, en el tema de la sanidad.

Cuando uno, como portavoz, se prepara algo para presentarlo y defenderlo, se lo prepara bien, pero siempre ocurre que lo que uno se prepara no es de lo que tiene que hablar, puesto que debe contestar a lo que se haya hablado aquí. Con lo cual, me centraré en ese sistema.

Defender la sanidad, la salud en general, debe ser un compromiso de todos. Y, además, hay que decir que nos movemos en un país que tiene una de las mejores sanidades del mundo. Lo digo, aunque sea repetitivo, porque es muy importante puntualizar que todo lo que ha dicho el secretario general se da en el entorno del que estamos hablando.

Tenemos una de las mejores sanidades del mundo, y quien nos mide desde fuera lo ratifica. Por cierto, está dentro de uno de los pilares del Estado de bienestar, que también es uno de los mejores del mundo. Por ello, uno se debe sentir orgulloso de estar en un país —y como profesional, poder participar— con un sistema sanitario que es de los mejores; que tiene debilidades en el DAFO, pero es de los mejores.

También es verdad que nosotros nunca hemos practicado el «cuanto peor, mejor» y además estamos buscando siempre grandes consensos para los grandes problemas que tienen los ciudadanos. «Cuanto peor, mejor», no. Pero dicho eso, convendrán conmigo en que habrá que explicar algunas cosas que con respecto a la posición del Partido Popular se han dicho aquí.

Efectivamente, el Gobierno del Partido Popular ha tenido que liderar un momento histórico, estoy totalmente de acuerdo con mi compañero, el senador Martínez Olmos, portavoz del Grupo Socialista, con el cual tengo unas magníficas relaciones, aparte de que el roce siempre hace el cariño, y eso brota espontáneamente, y en el caso concreto del que estoy hablando, creo que es así, y yo me siento encantado de que sea así. Es un momento histórico, señor Martínez Olmos, sin duda. Fíjese usted si es histórico que nuestro país no era viable —no voy a decir y tú más—, para quien lo medía. Íbamos a los mercados y no nos podíamos financiar. ¿Por qué no nos podíamos financiar? Porque debíamos y no teníamos garantías

de ningún tipo, y esto repercute directamente en la sanidad. ¿Qué ocurrió? Que si no era viable, había que hacerlo viable, y además, no permitimos que nos interviniera Europa porque creíamos que podíamos salir con nuestras medidas, y gracias a las medidas que se tomaron y al esfuerzo de todos los españoles de todas las ideologías, hemos conseguido que sea viable.

A partir de ahí —sabe lo que significa ajuste y recorte—, el Estado de bienestar se tiene que financiar. Por cierto, el presupuesto de este año es de los mayores de la historia para el Estado del bienestar, el 62 % del presupuesto es Estado de bienestar. ¿Gracias a quién? A todos los españoles. Esto no es un problema de medallas, sino de compromiso. Pero es verdad que cuando el país no es viable, se tiene que financiar para salir de la crisis. No hay recortes, tiene que haber ajustes porque no existe financiación, y los ajustes los soportamos entre todos, y en estos momentos estamos todavía con problemas pero saliendo de esto.

Efectivamente, la financiación autonómica hay que renegociarla. Pero le debo recordar, señor Martínez Olmos, que nosotros no aprobamos la financiación, nosotros dijimos que no, porque creemos que la financiación autonómica hay que renegociarla. Por cierto, ya hay un compromiso formal con los presidentes de todas las comunidades autónomas, al que se llegó en la primera Conferencia de Presidentes, que se celebró en el Senado, de hacer una mejor financiación, que repercutirá directamente, sin duda, en el ámbito sanitario. Con lo cual, en honor a la verdad, hay que contarle todo.

¿Qué está ocurriendo en estos momentos? Pues que quien nos está midiendo desde fuera —con cualquier índice que utilicen— ve que están creciendo favorablemente todos los índices, incluida la financiación. ¿Habrà que buscar más financiación? Sí, seguro que sí, pero hay que razonar estas cosas en el sector donde se ponen. Por cierto, va a haber pronto una reunión en ese sentido; una comunidad autónoma no mandó su representante, pero se tendrá que financiar. Por eso se ha creado la comisión de expertos. Yo daré muy pocos números porque creo que no es lo relevante ahora.

Hay una cifra clave que siempre sale cuando hablamos, discutimos o interpelamos: 7000 millones en la sanidad. (*El señor Martínez Olmos: Y más*). No, yo no digo: y más. Cuando este partido llegó al Gobierno y tuvo que tomar la responsabilidad de gobernar, había de 16 000 a 17 000 millones de déficit en la sanidad, que la hacían inviable. ¿Qué es más importante, 17 000 millones de déficit o 7000 que dice usted que estructuralmente no están en el sistema? Ya no hay 17 000 millones de deuda —mantengan ustedes las cifras— gracias a medidas que se han tomado, y en estos momentos se está empezando a renegociar la financiación autonómica. Yo creo que esto es muy importante.

Es evidente que el modelo sanitario está definido y además el modelo sanitario del Partido Popular, es evidente, coincide con lo que significa el distrito único sanitario europeo y se basa en cuatro puntos: el centro del sistema tiene que ser el ciudadano —en eso estamos—, con un ciudadano activo que negocia su salud; los profesionales, como segundo punto —que es un cambio completo—; equidad e igualdad en todos los ciudadanos, con una cartera de servicios igual, propiciando con mucha nobleza un pacto por la sanidad, que es imprescindible para una cartera de servicios universal, y hacerlo sostenible para que el sistema no se nos gripe; y una financiación adecuada. Son cuatro puntos que el Gobierno del Partido Popular sostiene en las dos Cámaras, además, fomentando vida saludable, que es clave en este tema, junto con educación por la sanidad, etcétera.

Respecto a la innovación, estoy totalmente de acuerdo, y le habla alguien que está en medio de la innovación en su vida profesional y lo mantiene todavía. Efectivamente, hay que buscar financiación. Ha habido cuatro o cinco convenios importantes que ha firmado este ministerio que van por esa vía, junto con el Ministerio de Industria, con el de Innovación, etcétera. Tienen que ir por ahí y van por ahí. Pero no es un problema de tener dinero. Le recuerdo que yo tuve unas relaciones personales y afectivas muy importantes, en el sentido de unas relaciones políticas fáciles, con la ministra anterior, Cristina Garmendia. En ese momento hubo 1000 millones de euros para I+D+i+d que no se gastaron. Si usted tiene dinero y no lo gasta, no tiene sentido. ¿Qué hay que hacer? Un plan de innovación, y España tiene un factor de innovación muy importante en sectores definitivos y punteros en el mundo. No voy a hablar en estos momentos de los trasplantes, de los que me encantaría hablar, porque somos los mejores del mundo desde hace veinticuatro años gracias a un gran sistema sanitario público y gracias a unos profesionales y a una solidaridad de este país que no tiene parangón en el mundo, y ahí también hay innovación.

Quiero decir con esto que, sin duda, estamos en un momento histórico. La financiación hay que mejorarla y estamos dispuestos a mejorarla en la Conferencia de Presidentes autonómicos que se celebrará en el Senado.

Respecto a la transparencia, es evidente que no es una moda de ahora, sino que es una necesidad objetiva del sistema social, del sistema político, de la universidad y de todos los lados. No es una moda, es una necesidad objetiva, y el Gobierno está tomando medidas en ese sentido y ha hecho esfuerzos muy importantes.

Quiero terminar esta primera intervención —creo que estoy dentro del tiempo, señora presidente— diciendo que la unidad de medida de tiempo en democracia siempre ha sido cuatro años. Esto quiere decir que hay que manejar los tiempos y no podemos unirlos. Creo que entre todos deberíamos respetar estos tiempos.

En definitiva, tenemos que seguir luchando por la salud de todos sumando todos, dejando la lucha partidista —lo digo de corazón— al margen de ese gran pacto por la sanidad, porque esta sanidad se merece, sobre todo para los españoles y los europeos, que siga siendo de las mejores del mundo.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, senador Alarcó.

A continuación, tiene la palabra, nuevamente, el secretario general de Sanidad y Consumo, don Javier Castrodeza.

El señor SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (Castrodeza Sanz): Muchas gracias, presidenta.

Quiero comenzar mi comparecencia, primero, agradeciendo a todos los intervinientes las valoraciones realizadas. Creo que son especialmente realistas y, en mayor medida, se han hecho en tono útil, positivo y constructivo, para mejorar el funcionamiento y los resultados del Sistema Nacional de Salud. En este secretario encontrarán siempre la comprensión, la colaboración y la búsqueda de la mejor de las posiciones en beneficio de los ciudadanos, que, al fin y al cabo, es para lo que estamos aquí, para lo que ustedes están y para lo que a mí me han encargado que ayude a esa gobernanza. No duden de que todo es muy bien recibido por el ministerio, por mi persona y por mi equipo, porque creemos que del diálogo y de la colaboración sale el avance de las sociedades. Por tanto, no hay ningún problema.

Señorías, como les decía en mi primera intervención, voy a hacer unas aclaraciones y luego daré respuesta a algunas preguntas particulares. He venido a esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales por dos motivos: primero, por la incorporación de nuevos medicamentos en la cartera pública de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y segundo, por la financiación del propio sistema.

Permítanme que insista en explicar que el modelo de evaluación, de inclusión y de financiación de nuevos medicamentos vigente en la actualidad en nuestro país es fruto del trabajo desarrollado y de la experiencia acumulada desde la década de los setenta, o sea, no es una cuestión de anteayer; hemos ido creciendo como sociedad y con experiencias y es un modelo que atesora más de cuarenta años de trayectoria. A cada uno le puede parecer mejor o peor, sin duda, y seguro que tiene margen de mejora, pero objetivamente es el modelo que ha situado a España entre los países con una cartera de prestaciones de medicamentos más amplia y completa y con mayor capacidad de actualización e incorporación de innovaciones, también sin duda.

Desde los criterios tomados en consideración para financiar los medicamentos, como gravedad, valor terapéutico, etcétera, hasta el trabajo desarrollado con transparencia y con el seguimiento continuado de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, pasando por las acciones que hace la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, trabajamos constantemente en la Dirección General de Cartera para avanzar en que todos los protocolos farmacoclinicos —a los que algunos se han referido— y farmacoterapéuticos tengan los criterios de efectividad para mejorar el abordaje de enfermedades raras o ultrarraras. Aquí nadie se inventa un abordaje, para eso España tiene un gran plantel de profesionales que no solamente están en el ministerio, están en los hospitales y en los centros de salud, a los que se acude para que su *expertise* ayude a crear los protocolos farmacoclinicos.

Además, he de decirles que contamos con un modelo puntero en el contexto de la Unión Europea. Permítanme que les cuente un pequeño relato. En Europa hay básicamente tres grandes grupos de países en cuanto a cómo se hacen las incorporaciones y la metodología de la financiación de los medicamentos: hay países, como Holanda o Luxemburgo, que desarrollan un modelo de rápida incorporación, pero aplican fuertes medidas de restricción de acceso a fármacos. Este es un modelo. Otros países, como Francia, Alemania, República Checa o Grecia, facilitan un acceso precoz a los medicamentos, pero acumulan periodos prolongados de tramitación hasta que los fármacos son financiados, entre uno y dos años. También hay países, como España, que nos caracterizamos por la evaluación, por una incorporación ágil y por hacer posibles periodos de acceso a los medicamentos ciertamente reducidos, hemos bajado sesenta días de lo previsto. El ejemplo del Nusinersén —que alguien ha citado, creo que la senadora Palencia—, para el tratamiento de la atrofia muscular, es un ejemplo muy reciente y es más que representativo que solo España e Italia lo financian a día de hoy. Este medicamento solamente está en dos países y está disponible

para los pacientes —como decía usted— desde el día 1 de marzo, gracias a nuestro modelo de valoración, inclusión y financiación. Además, es un modelo que nos ha permitido tratar a casi 100 000 personas de este país con hepatitis C, con antivirales innovadores de acción directa, mediante inversiones ajustadas, similares a las realizadas ya antes de la implantación del programa en el año 2015 y con tasas de respuesta absolutamente determinantes. Por tanto, es un modelo equilibrado, compensado entre las elevadas inversiones que conlleva y los ahorros generados gracias a una apuesta decidida por otros medicamentos.

Sin duda, es un modelo que iremos mejorando entre todos, sin duda, y lo iremos mejorando con medidas como el de los medicamentos genéricos y biosimilares y con la industria farmacéutica. Es un sistema de sostenibilidad. Alguien decía: «No se lo crean ustedes, esto es papel mojado». Veremos si es papel mojado o no. Hasta ahora ha permitido un crecimiento sostenible y ha permitido que un instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico sanitario que tiene el Gobierno de España con las comunidades autónomas nos permita monitorizar cómo se están desarrollando los gastos farmacéuticos y los productos sanitarios y nos permita tener relaciones bilaterales, a través de una comisión de seguimiento en la que está presente la sanidad de la comunidad, la hacienda de la comunidad, la hacienda del Gobierno de España y la sanidad del Gobierno de España, para analizar medidas que quieren implementar voluntariamente las comunidades porque han visto que son eficaces para monitorizar ese gasto que es importante. Probablemente la suma de gasto farmacéutico —hospitalario/receta—, más productos sanitarios —hospitalarios/receta—, más todo el *pack* que va ahí ascienda a una cantidad cercana a los 20 000 millones de euros. Es un tema importante, no es tema menor decir que esto se arregla con una financiación suficiente, que también. Son, por tanto, 20 000 millones, y tenemos que ser corresponsables de cómo los gestionamos.

Yo no quito valor al acuerdo que ha hecho la industria farmacéutica, que vamos a impulsar con Aeseg, que vamos a impulsar con los biosimilares y que impulsaremos hasta con la industria tecnológica. Comparto con usted, señor Martínez Olmos, y siempre lo digo, que igual que el siglo XX ha sido el siglo de la industria farmacéutica o los productos farmacéuticos, el siglo XXI va a ser el de los productos sanitarios. El Sistema Nacional de Salud tiene que estar preparado para la complejidad tecnológica a la que nos vamos a enfrentar, con unos costes que tenemos que conocer con precisión. Por supuesto que hablaremos con otros sectores para ver si podemos llegar a una corresponsabilidad, porque las dos palabras son importantes, al menos para este secretario: crecimiento y sostenibilidad.

Aparte de ese acuerdo, sobre el que se puede tener dudas —ya veremos. Hasta ahora ha funcionado—, también hay que citar que todos los años se saca la orden de precios de referencia, que supone también un ahorro para el Sistema Nacional de Salud, o el desarrollo de compras centralizadas, que estamos explorando tanto a través del Ingresa como en coparticipación con otros países de nuestro entorno. Creo que es un intercambio de experiencias que nos posiciona a los países europeos y a los países mediterráneos en mejorar nuestro conocimiento, en unirnos, en sumar y en que el acceso y el pago que hagamos por esos servicios cada vez estén más ajustados. Aquí la unión —perdonen el símil— hace la fuerza, pero la unión de todos, no solamente de los países, también de las comunidades. Es un ejercicio de corresponsabilidad la participación en las compras centralizadas. Vuelvo a decir públicamente que invito a todas las comunidades, de cualquier signo político, a participar. Si tenemos un mal modelo, mejorémoslo, pero participemos todos. Sin duda, de esta forma favoreceremos no solo la consecución de los mejores resultados de salud, bienestar y calidad de vida, sino también mayores indicadores de solvencia y sostenibilidad.

En este ámbito de la sostenibilidad, han de tener en cuenta la situación con la que nos encontramos en el año 2011 —permítanme que haga un poco de referencia a ello, porque parece que nos olvidamos de que esto ha pasado—, para comprender y valorar en su verdadera dimensión la evolución positiva que hemos hecho posible en los últimos años. Sin duda, no oculto y no me retraigo al debate de la financiación, pero tenemos que ser conscientes de poner en valor otras cosas que también hacemos bien, que no es solamente un tema de dinero. A la compleja crisis económica y sus duros efectos en el desarrollo global del país añádanle ustedes la deuda acumulada, que no la voy a citar porque ya se ha citado aquí. Es cierto que es un dato macro, pero que, traducido en cifras más concretas, puede ofrecer ejemplos representativos: más de 6000 millones de euros de deuda real con la industria farmacéutica; más de 5000 millones de euros con la industria de las tecnologías; más de quinientos días de demora en el pago en el caso de la industria farmacéutica; más de cuatrocientos setenta días para la empresa tecnológica sanitaria —esto ayuda también a la sostenibilidad—; datos que hicieron peligrar la actividad desarrollada por las empresas, con elevado impacto negativo y que hubieran supuesto, tanto en términos de salud como desde el punto de vista de la innovación, la creación de puestos de trabajo de calidad en la aportación al producto interior bruto del país. Además, hemos tenido ejemplos después: Grecia o Rumanía, en algún foro en el que he estado yo a nivel europeo, han tenido serios problemas de desabastecimiento de fármacos. Datos que hoy, después de los

esfuerzos realizados por todos los ciudadanos de este país, hemos conseguido reducir a 1400 millones de deuda con la industria farmacéutica innovadora, ochenta y cuatro días; a los 800 millones con las empresas tecnológicas, ochenta y siete días. Algo hemos mejorado con el trabajo de todos.

En mi primera intervención les he expuesto una serie de indicadores que demuestran precisamente que las cosas no van tan mal. También podría tener en cuenta otros indicadores: como las cifras récord en donación de órganos y en trasplantes registrados, con los mismos presupuestos, muy parecidos, con ligeros incrementos. Estamos en 46,9 donantes por millón de población, y en los últimos cuatro años ha habido un crecimiento constante. Algo haremos bien dentro del sistema sanitario, eso sí, con 4 millones de euros para financiar toda esa estrategia. O el desarrollo de acciones como el Plan estratégico para reducir el riesgo de selección y diseminación de las resistencias antimicrobianas, que es otro plan importante. España es modélica en este plan, que se lanzó en el año 2014 y está implementándose a lo largo de todo el territorio nacional; en él participan todas las comunidades autónomas, ya que tenemos un serio problema a nivel mundial con el tema de las resistencias de los fármacos antimicrobianos. Tendré la oportunidad de exponer este plan en unos días, la próxima semana, en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados. También la ampliación de los productos y servicios incluidos en la cartera pública del Sistema Nacional de Salud; es el caso del catálogo de los productos ortoprotésicos, que comprende 349 tipos de productos, de los que 41 han sido incorporados a partir del acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial del mes de junio. Estoy dando datos que hacen referencia a lo que representa el sistema. O el número de centros y servicios sanitarios sobre unidades de referencia que tiene el país, o los cribados poblacionales.

Solo hablando de financiación no se da solución a los problemas del sistema. Es importante, y estoy de acuerdo con usted en que hay que hablar de ello. Tan importante como el cuánto, al menos este secretario piensa que es el cómo, el dónde, con quién, el qué, otros interrogantes que sí que nos tenemos que plantear, porque yo soy de los que creo que hay margen de mejora en la gestión.

Y a tenor de estos ejemplos que les acabo de enumerar y de los datos y otros ejemplos que hemos puesto, queda claro que las opiniones negativas no responden a una realidad objetiva y actual. No obstante, trabajamos cada día, desde el año 2012, y especialmente desde el comienzo de la presente legislatura, para que el modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud sea estable y predecible y garantice la suficiencia. Esa palabra no tenemos ninguna duda en compartirla, y yo ofrezco la colaboración para hablar de ello. Desde el pasado año lo hacemos con los grupos de trabajo creados y activos a partir de la sexta Conferencia de Presidentes. Creo que todos los que estamos aquí sabemos de lo que estamos hablando: del incremento en la dotación que reciben las comunidades autónomas en los presupuestos generales; del desarrollo de medidas con las que optimizar todos los recursos existentes y disponibles; de un aumento del control y seguimiento con las comunidades autónomas mediante instrumentos, como el informe de la Comisión Delegada de Asuntos Económicos —al que antes me he referido— sobre los informes de sostenibilidad del gasto farmacéutico; del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde, como les decía, buscaremos el consenso —como siempre— con las comunidades autónomas para determinar las necesidades existentes para trasladarlas posteriormente al Consejo de Política Fiscal y Financiera, que aquí se me ha solicitado y que le trasladaré a la ministra, y es nuestro objetivo que se debata en el Consejo de Política Fiscal y Financiera con el objetivo de que los responsables de Hacienda que conforman dicho Consejo de Política Fiscal y Financiera puedan tomar las decisiones pertinentes sobre las carencias reales presentes y venideras que presentarán los pacientes y los profesionales, que a fin de cuentas son el sistema sanitario. No les quepa la menor duda de que trabajaremos en esa línea.

Voy a dar respuesta a algunas preguntas particulares que se han hecho.

Respecto a Farmaindustria ya les he dado nuestra opinión.

Respecto a la insuficiencia financiera, no sé si eran de 7000 a 10 000 millones; creo que esto exige una revisión en profundidad. Es verdad que hay algunos indicadores que muestran discrepancias entre unas comunidades y otras —basta con consultar la tabla—, pero lo que no tengo tan claro es que eso sea producto de una insuficiencia financiera: las diferencias de tasas de mortalidad, de tasas de reingreso o de tasas de muchas cosas. Usted sabe casi mejor que yo, porque lo ha vivido más tiempo cuando fue secretario general, que los indicadores no solamente reflejan la razón de un motivo. Hay una panoplia de aspectos que habría que estudiar. Pero los gruesos, los que ya no están tan implicados, al contrario, han mostrado una tendencia positiva en el Sistema Nacional de Salud, y la satisfacción de los usuarios también podemos decir que está en un entorno de positividad y, como les he comentado antes, lo veremos en las próximas semanas.

La representante del PNV, la señora Ahedo, a la que le doy las gracias por su aportación, me reclama lo que me dijo ya el consejero del País Vasco, que la comisión interministerial tenga una presencia

permanente del País Vasco. Nosotros entendemos que las comisiones tienen que representar lo que está redactado en el real decreto, tiene que ajustarse a la estructura del real decreto, y, evidentemente, el País Vasco ha estado todo el tiempo que le ha correspondido, y ha sido muy importante su colaboración, pero entendemos que todas las comunidades tienen el mismo derecho a estar en esa Comisión Interministerial de Precios, que, por cierto, ya son seis las comunidades que están presentes y, además, cada seis meses, creo recordar, se van cambiando y van entrando otras tres. Con lo cual, en poco menos de dieciocho meses podríamos decir que han pasado todas las comunidades autónomas y van adquiriendo experiencia.

Pero he de decir que las comunidades autónomas no están a título particular. Las comunidades autónomas que están en la Comisión Interministerial de Precios están a título de representación de las comunidades autónomas. ¿De acuerdo? Esto es importante. ¿Por qué? Porque los ciudadanos se mueven por España. No piensen ustedes que en el País Vasco se atiende solo a los ciudadanos del País Vasco. Los ciudadanos del País Vasco se mueven por España y, por lo tanto, el criterio de cohesión, de equidad y de corresponsabilidad debe ser uniforme para todos, y probablemente haya ciudadanos del País Vasco que presten o que tengan necesidad de una asistencia en Andalucía, en Madrid, en Castilla-La Mancha o en Casilla y León, igual que al revés. Este es un aspecto importante que debiéramos ir ahorrando todos para darnos cuenta de la trascendencia que tienen la colaboración y la cohesión.

La comisión interministerial no tiene contemplado la presencia permanente, no le voy a engañar. Esto es así. Ustedes están fuera del sistema por el tema foral, pero sus aportaciones son, evidentemente, muy apreciadas y muy respetadas en el Consejo Interterritorial. Afortunadamente, su experiencia es muy relevante. Ustedes tienen la ventaja de ser la comunidad que más financia el Sistema Nacional de Salud, 1600 euros per cápita, frente a otros. A lo mejor es un ejemplo que deberíamos comparar, porque a veces no se corresponde con los indicadores de salud, por poner un ejemplo comparativo.

Senadora Palencia, usted me ha hecho algunas preguntas sobre las enfermedades raras. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad comparte un compromiso absoluto con la problemática de las enfermedades raras. Yo creo que no se convoca un acto en esta legislatura, al menos mientras yo soy secretario general, en el que no haya presencia del ministerio. Hace dos días he estado acompañando a su majestad en un acto sobre enfermedades raras. Incluso nos hemos comprometido con los representantes de enfermedades raras a impulsar la organización y la importancia que tienen las enfermedades raras tanto en la reunión Euro-OMS, que tendrá lugar, creo, en septiembre de este año en Roma, como en la Organización de Naciones Unidas, porque es importante poner en valor y visibilizar las enfermedades raras.

¿Cómo se ha tomado la decisión con el medicamento Nusinersen? Yo le podría decir que ha sido un trabajo excelente del equipo de la Dirección General de Cartera y, evidentemente, del secretario como responsable máximo, porque han participado todos. Nos hemos entrevistado —y de esto doy fe porque he estado personalmente—, primero, con todos los representantes de los afectados, aspecto muy importante, y en todo momento hemos mantenido una conexión directa para armonizar el posicionamiento; nos hemos entrevistado también con investigadores españoles que tenían incorporados en el ensayo clínico a pacientes afectados de la atrofia y hemos conocido su impresión. Hemos debatido con las comunidades autónomas y hemos acordado el régimen de trabajo para gestionar un buen acuerdo con la empresa para la incorporación de este medicamento, y fruto de todo esto, el día 1 de marzo se aprobó en España, y yo no sé cuándo lo aprobó Italia, pero sé que también lo tiene. España e Italia somos los dos únicos países en los que estos pacientes tienen acceso a este medicamento, que, evidentemente, tiene una limitada trayectoria de experiencia científica y de evidencia científica. Yo creo que por vez primera se ha hecho una reflexión muy rigurosa de que a veces los medicamentos también tienen que ser monitorizados, y en eso estamos, porque a lo mejor pensamos que va a tener unos resultados y luego tiene otros distintos.

La senadora Ahedo me planteó una última pregunta ¿Cómo, de alguna forma, controlamos las peticiones que muchas veces se hacen desde los centros hospitalarios para medicamentos huérfanos y que luego esto supone un quebranto..., etcétera? No le quepa duda de que eso es de mucho interés para el ministerio, hasta tal punto, que estamos ya terminando una norma, hemos insistido en todas las comisiones interministeriales de precios, y lo hacemos en cualquier debate en el que estamos, para que los servicios de farmacia de las comunidades autónomas, los gerentes, los directores... monitoricen las peticiones, porque es verdad que a veces llega a la Agencia Española del Medicamento la petición de un tratamiento innovador que no lo conoce la comunidad autónoma. Nosotros estamos obligados a dispensarlo por ley.

En este sentido, sería bueno que los propios facultativos de los centros supieran que hay una disciplina interna, un proceso interno dentro de la comunidad y que, aparte de comunicarlo a la agencia, lo ponga en conocimiento de las autoridades sanitarias de esa comunidad. Es más, en este ejemplo del nusinersén

teníamos un volumen de pacientes ya incorporados en ensayos clínicos que podrían, de alguna forma, verse afectados y que, una vez que concluyeran, podrían quedarse fuera. Sin embargo, entre los acuerdos adoptados en relación con este medicamento figura que todos los pacientes seguirán siendo tratados hasta que el facultativo decida lo contrario. Estamos ejerciendo una labor de monitorización para que no se produzcan abandonos en el tratamiento porque la casa comercial o la industria farmacéutica decidan lo contrario. En cualquier caso, comparto su preocupación y pido su colaboración. Si en vez de notificar a la agencia la petición, la conocen las autoridades sanitarias del País Vasco, pues fenomenal.

La senadora Palencia me preguntaba sobre la línea que hemos abierto de financiación y, efectivamente, queremos medir la evaluación porque muchas veces se aprueba un medicamento, se establece un registro, se aprueba con unos indicadores o con unos resultados de eficacia limitada —fase II-a y fase II-b de los ensayos clínicos—, y luego no obtenemos un reporte de resultados. Por ello, apelo a sus grupos para que haya retorno de información cuando el Ministerio de Sanidad solicita que nos complementen los registros, por ejemplo, de enfermos tratados de hepatitis C en el País Vasco. Es conveniente que podamos disponer de la máxima información, con el único ánimo de tener más conocimiento sobre lo que está pasando. Es bueno que tengamos este *feedback* de información. Y con la línea que hemos abierto pretendemos precisamente esto, partir de estudios independientes fuera de la industria farmacéutica, de estudios de efectividad y no de eficacia, para poder valorar los resultados alcanzados por algunas de estas moléculas. Nos falta, por tanto, ese retorno de información.

Creo que ya he hecho un comentario sobre Farmaindustria y sobre que este acuerdo también participa de ese instrumento de información y de apoyo a la sostenibilidad porque aquí la sostenibilidad no solamente es un ejercicio de las administraciones, sino que creemos y queremos que todos los corresponsables dentro del sector entiendan que el barco tiene que seguir funcionando y que todos tenemos que hacer un trabajo de responsabilidad institucional.

Si no he aclarado alguna cuestión, les puedo enviar el protocolo que ha circulado por las comunidades autónomas, porque ahora no lo tengo aquí, y les daré respuesta a esas preguntas.

Han hecho ustedes un comentario sobre el Tribunal de Cuentas y quiero decir que alguna de las principales incidencias que ha detectado es la limitada falta de personal; la necesidad de disponer de procedimientos de trabajo escritos para documentar —cosa que ya hemos hecho a través de los protocolos—; la necesidad de mejorar la información de los laboratorios y las comunidades autónomas que deben remitir a la dirección general, porque no solamente el Tribunal de Cuentas nos pone tareas a nosotros, sino también a las comunidades autónomas y a los laboratorios; la necesidad de mejorar la plataforma informática de Raefar y Alcántara; y, de alguna forma, evaluar algún cambio en los precios de referencia que, por cierto, se plasma en un real decreto que ya ha salido, que está en debate y que verá la luz en los próximos meses.

Muchas gracias, señora presidenta. Espero haber respondido a sus cuestiones.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Castrodeza.

A continuación, voy a dar un pequeño turno a todos los grupos políticos, que entiendo que se debe utilizar para algo puntual, por lo que les ruego que no sobrepasen los tres minutos aproximadamente.

Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Simplemente quería agradecerle la claridad de su respuesta porque, aunque sea un «no», siempre es mucho mejor eso que la incertidumbre.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señorita.

Senadora Palencia, tiene la palabra.

La señora PALENCIA GARCÍA: Gracias, presidenta.

Yo le voy a decir justo lo contrario de lo que ha dicho la senadora Ahedo, (*Risas*), porque esperaba bastante concreción en relación con las preguntas que he hecho, y no me ha respondido. En cualquier caso, le agradezco su ofrecimiento de enviarnos el protocolo.

En relación con lo que ha dicho acerca de la transparencia, de la buena gestión y sobre la labor de monitorización que tienen que seguir los medicamentos, estamos de acuerdo en el fondo, en que el sistema tiene que ser sostenible y en que todos tenemos la responsabilidad de conseguirlo, pero le he preguntado por los precios, por los acuerdos con los laboratorios y por si el ministerio se ha preocupado de fijar que los costes de producción y de innovación sean ajustados a los precios de comercialización y usted me ha

contestado diciendo que se ha hecho un buen acuerdo. Señor Castrodeza, «un buen acuerdo» no es una respuesta que pueda satisfacer ni a esta comisión ni a ninguna, por eso le rogaría que sea concreto; si no es ahora, como le he dicho en mi intervención, que lo sea por escrito, en las respuestas a las preguntas que he planteado.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

A continuación tiene la palabra el Grupo Socialista.

Por cortesía parlamentaria, y dado que el senador Zelaya ha admitido que el secretario general contestase a sus preguntas en esta comisión, si quiere intervenir le daré también un turno. (*Denegaciones*).

En ese caso, tiene la palabra el senador Martínez Olmos.

El señor MARTÍNEZ OLMOS: Gracias, presidenta.

Utilizaré parte del tiempo también para las preguntas orales.

Señor Castrodeza, sinceramente después de su nueva intervención sigo con la preocupación sobre el objeto fundamental de la petición de comparecencia y le voy a explicar por qué.

Las competencias del ministerio, y usted las sabe perfectamente como cualquiera de los que estamos aquí, son asegurar la equidad, la calidad y la cohesión del sistema sanitario, con independencia de las que son propias de política farmacéutica. Este momento histórico lo es porque se tiene que redefinir el modelo de financiación autonómica, tal y como a mí me tocó en su momento. Usted puede ir a los datos del Ministerio de Hacienda y al cierre del ejercicio presupuestario de las Administraciones Públicas, puede comprobar los presupuestos iniciales y los presupuestos consolidados año tras año, y verá que me he quedado corto en relación con la insuficiencia presupuestaria anual porque hay años que llega hasta los 13 000 millones de euros de diferencia; es decir, de insuficiencia presupuestaria.

Lo que yo no hago es lo que ha hecho el PP en muchas ocasiones, que al llegar al Gobierno nos culpa, y algunas veces a mí personalmente, de la deuda supuesta de 16 000 millones de euros acumulada en el Sistema Nacional de Salud. Yo no he echado nunca la culpa al Gobierno de España de que el déficit acumulado sea de aproximadamente 40 000 millones de euros porque es un problema estructural. Por ello, el señor Castrodeza no es responsable de que Andalucía, Valencia, Castilla-La Mancha, Galicia, etcétera, tengan facturas en los cajones o de que no les lleguen los fondos o tengan que pedir la ayuda del Fondo de liquidez autonómico. En ese sentido, la reflexión tiene que ser estratégica y, si al sistema sanitario le faltan recursos para pagar lo que gasta, lo lógico es que en este momento histórico traslade al Consejo de Política Fiscal y Financiera esas necesidades, que son objetivas, para que en la medida de lo posible se tengan en cuenta en el modelo de financiación autonómica. Por cierto, en el actual, el PP no votó que no sino que se abstuvo. Recuerden la frase de doña Esperanza Aguirre de que a caballo regalado no se le mira el diente. El Partido Popular se abstuvo, y así lo hicieron todas las comunidades gobernadas por el Partido Popular, que se abstuvo en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Eso no quiere decir que lo apoyaran, pero lo digo por poner las cosas en sus justos términos porque nada es blanco o negro, ni lo que yo digo ni lo que dicen ustedes.

Mi propuesta es que, si estamos viviendo un momento histórico, trabajen ustedes por trasladar con el mayor rigor posible las necesidades objetivas de financiación que están lastrando las decisiones del día a día de las comunidades autónomas, con las consecuencias de desigualdad en el acceso, etcétera; trasladen al Consejo de Política Fiscal y Financiera las necesidades objetivas de personal del Ministerio de Sanidad para cumplir lo mejor posible con sus funciones, máxime después de que haya sido esquilmo en más de 700 plazas en los últimos años por la crisis; y trasladen ustedes la necesidad de contar con fondos para hacer políticas de cohesión. Es verdad —y yo no diré lo contrario— que los indicadores se pueden deteriorar solo por razones de financiación —es una de las posibles causas—, pero a veces son razones de otra naturaleza.

En cualquier caso, con independencia de lo anterior, es importante la elaboración de planes, y el ministerio —cuando ustedes gobiernan, cuando nosotros gobernamos y cuando gobiernen otros— los tendrá que hacer, pero sin fondos será muy difícil. Por lo tanto, es el momento histórico de trasladarle al Consejo de Política Fiscal y Financiera esta necesidad, como ocurrió en el año 2006, cuando pasamos de 40 a 90 millones en el fondo de cohesión, aunque fueran absolutamente insuficientes. Sin embargo, repito, es el momento histórico de pedir las herramientas para cumplir el objetivo de la equidad. El problema no es tanto que haya desigualdades, sino la ausencia o insuficiencia de políticas para disminuir las desigualdades porque el Ministerio de Sanidad carezca de los instrumentos necesarios. Por tanto, insisto,

me parece muy importante que se aproveche este momento histórico, más allá de tratar de vender lo que ustedes consideran que hacen bien, como es lógico. En cualquier caso, nosotros no estamos aquí solo para poner peros, sino para tratar de hacer propuestas constructivas.

Como hay insuficiencia presupuestaria, hay consecuencias para el sistema sanitario. ¿Por qué cree que las inversiones son tendentes a cero en el Sistema Nacional de Salud desde hace un montón de años? ¿Por qué cree que hace falta esa renovación tecnológica en la que están ustedes trabajando? Porque hay insuficiencia presupuestaria. Por lo tanto, es el momento de darle al ministerio el liderazgo que le corresponde.

Me gustaría señalar un asunto en relación con su comparecencia y, por último, hacer una breve referencia a las preguntas orales. Hagan caso y den transparencia a la gestión de la política farmacéutica porque hay opacidad; den transparencia pues eso ayuda a consolidar lo que se hace bien —y claro que habrá cosas que se hacen bien, porque son decisiones consultadas—, y mejoren aquello que se pueda mejorar. La transparencia es muy importante y consideramos que es necesaria para un mejor sistema sanitario.

Por último, en relación con las preguntas, le diré que el registro de profesionales me lleva a la reflexión —y espero que continuemos en esa línea, aunque el otro día no llegáramos a un acuerdo en el Pleno del Senado— de que hay que hacer una planificación estratégica de las necesidades de recursos humanos, no solamente para que nos pongamos de acuerdo las comunidades autónomas con el ministerio, sino también como una función propia del Ministerio de Sanidad, en cuanto le corresponde algún aspecto concreto.

En relación con la pregunta que tiene que ver con la prescripción de enfermería, si es posible, me gustaría saber qué previsión tiene de que, finalmente, se publique la norma —parece que ya han conseguido el consenso—, para que pueda resolverse por fin el problema que ustedes mismos crearon. Cuando se resuelva, podremos decir que bien está lo que bien acaba.

Muchas gracias, señora presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señora presidenta.

Espero poder aprovechar los tres minutos que me concede.

Como portavoz de sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Senado, no quería dejar pasar más tiempo sin adherirme al Día mundial del consumidor y, algo que para nosotros es más importante, al Día nacional contra las agresiones sanitarias. Se trata de un tema muy importante para mí, como médico y como portavoz de la Comisión de Sanidad del Senado, y que no podía dejar de señalar. Ya se han adoptado medidas al respecto y tenemos que seguir tomándolas. En este sentido, la primera de ellas fue nombrar autoridad a los sanitarios, que no es algo baladí, pero debemos seguir protegiéndoles.

Estimado señor Martínez Olmos, creo también que hay que adoptar estrategias, sin duda. Y la primera estrategia es que tengamos presupuesto; la primera estrategia es que tengamos un presupuesto negociado, público, transparente y pactado, sin duda. Sin esa estrategia, convendrá usted conmigo, no hay forma de arreglar el tema. Tenemos buenas intenciones, pero si no llegamos a un consenso, esto no saldrá adelante. Y, dentro de esa estrategia, con mucha humildad y ningún triunfalismo —de acuerdo—, tendremos que elaborar esa cartera de servicios universal y pactada, a la que todo el mundo tenga acceso, viva donde viva, y que sea copia de la medicina que se está practicando en un organismo español como es la Organización Nacional de Trasplantes, donde cada vez que hay un trasplante se moviliza todo el sector sanitario correctamente, de forma anónima, y que lleva dando resultados positivos durante veinticuatro años. Por tanto, apliquemos esta evidencia en la gestión. También hay que decir —y lo repito siempre— que una vida no tiene precio —concepto moral de todo bien nacido—; sin embargo, la sanidad tiene un coste y es limitado, y no puede haber de todo para todos durante todo el tiempo porque eso es demagogia.

Transparencia. Evidentemente, estoy de acuerdo con usted en que la transparencia es necesaria, pero también hay que decir que hay más transparencia que nunca. ¿Es suficiente? No, pero hay más que nunca y gracias a todos porque este no es un problema de medallas. La sanidad española es una historia de éxito permanente, con debilidades, gracias a todos los españoles, de todas las ideologías. Y no hay que renunciar a nada, desde el punto de vista ideológico, para demostrar que este debe ser el compromiso.

Por otra parte, quiero decir que en el Consejo de Política Fiscal y Financiera nos abstuvimos, pero en la reunión de presidentes donde se aprobó la financiación autonómica votamos que no. ¡No! Y lo quiero decir así, porque no es cuestión de que nos insultemos, perdón, de que cambiemos impresiones —nunca nos

hemos insultado, nunca lo he hecho en mi vida y estaría bueno que lo hiciera a estas alturas—, sobre quién tiene más razón. Aquí nadie tiene razón y, o nos sumamos todos, o nos podemos quedar sin algo que nos hemos dado entre todos y que es histórico. No debemos olvidar que somos un país europeo y que el euro lo mantienen 27 países, no lo mantenemos nosotros. Somos el tercer país europeo y, si no hacemos una política correcta con el euro —porque no nos van a decir dónde invertir, pero sí que tenemos déficit—, no podremos sostenernos. Y esto lo digo dramáticamente, aun estando orgulloso de estar en un país como el nuestro. Estoy totalmente de acuerdo con usted en que debemos llevar a cabo una estrategia.

Por cierto, sin duda es necesaria la Ley de ordenación de profesiones sanitarias. ¡Estaría bueno que no! Y por eso la vamos a reactivar. Yo no quiero decir: ¡Y usted más!, porque nunca lo he hecho, pero durante siete años estuvo la ley paradita en la gaveta —en el cajón—, palabra que decimos en Canarias. Por lo tanto, vamos a sacarla entre todos, vamos a poner los papeles sobre la mesa, vamos a ser transparentes, y ahí seguro que encontrará al Grupo Parlamentario Popular en el Senado, y estoy convencido de que también al Gobierno.

Por último, termino con dos palabras —aunque creo que estoy en tiempo porque si no, mi presidenta me hubiera llamado la atención— sobre la política y la estrategia de prevención del suicidio. Este es uno de los temas más sangrantes de este país porque es la primera causa de muerte traumática en España: más de 4300 fallecidos al año. Ahí deberíamos estar también unidos y no lo estamos. En el Senado se aprobó por unanimidad la primera moción para luchar contra el suicidio, que tuve la oportunidad de presentar, aunque algunos me preguntaban qué hacía yo hablando del suicidio. Señorías, este problema se tiene que visualizar de forma correcta y tomar medidas en la medicina de atención primaria, cosa en la que deberíamos estar unidos. Sin embargo, algunas comunidades autónomas —cinco de ellas— se han querido descolgar de este debate. No diré cuál es la ideología de los gobiernos en esas comunidades autónomas porque no aporta nada, pero si quieren lo pueden comprobar.

Señorías, creo que lo más importante para poder llevar a cabo la estrategia sanitaria de este país es, sin duda, tener presupuesto y lograr un pacto por una cartera de servicios universal.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Para cerrar este debate y esta comparecencia, tiene la palabra el secretario general de Sanidad y Consumo.

El señor SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (Castrodeza Sanz): Gracias, presidenta. Como en el caso anterior, agradezco las intervenciones de los portavoces.

Comparto la reflexión del representante del Grupo Parlamentario Popular que, muy acertadamente, ha marcado dos aspectos importantes. Creo que todos estamos implicados en la suficiencia económica y financiera del sistema. Yo he dicho en mi intervención que este tema se debatirá en el consejo interterritorial y se elevará —como haría cualquier Gobierno— al ámbito de los que tienen que tomar la decisión en su conjunto, porque la suficiencia financiera del sistema sanitario no entiendo que sea distinta de la suficiencia en servicios sociales o educación; es un tótum importante que habla del Estado del bienestar. La sanidad es importante, pero también lo es la educación y los servicios sociales. Por lo tanto, no le quepa la menor duda, senador Martínez Olmos, de que hablaremos y colaboraremos. Yo tiendo el guante para que podamos hablar de este tema.

Por otro lado, creo que es muy importante lo que dice el senador Antonio Alarcó y los presupuestos de un país son fiel reflejo de la voluntad política que hay en él; los presupuestos pueden tener mejoras o cambios, pero son los que marcan la voluntad de avanzar y, en este sentido, todos tenemos una obligación que cumplir.

La senadora Palencia no ha quedado satisfecha porque he dicho que era buen acuerdo. Pero ¿por qué digo que es un buen acuerdo? Pues porque satisface las necesidades de los más importantes, de los pacientes: en primer lugar, considero que un buen acuerdo es que se tome una decisión en el Sistema Nacional de Salud y los pacientes estén satisfechos, de manera que se haya resuelto un drama y una aspiración; en segundo lugar, porque se ha debatido con las comunidades autónomas y son conscientes del coste que tiene; y, en tercer lugar, porque ese coste es asumible por la gestión. Por tanto, eso es lo que típico como un buen acuerdo, nada más. No quiero entrar en más conjeturas sobre si cuesta cinco, seis, siete y a quién. Debemos ser lo suficientemente maduros para entender lo que es un buen acuerdo para la sociedad.

Quiero aclarar una duda con respecto al 2,3 %. Pues bien, le diré que me refería al crecimiento del presupuesto del Ministerio de Sanidad en relación al año anterior.

Con respecto a la insuficiencia, señoría, le agradezco la respuesta tan clara que me ha dado y que también me dio su consejero Jon Darpon, en su momento. Yo también soy así, soy castellano. Creo que es legítimo decir la verdad, y yo la estoy diciendo, hasta que se cambie la estructura de composición. Si se cambia, no tendré nada que decir.

Con respecto a las preguntas relativas al registro de profesionales que me ha hecho el señor Martínez Olmos, le diré que ya estamos trabajando en la planificación estratégica porque es uno de los trece puntos que se han acordado y que ayer mismo refrendó el pleno de la comisión de recursos humanos; incluso, algún compañero de su partido ha hecho unas manifestaciones positivas con respecto a los logros alcanzados. Nosotros estamos preocupados por la planificación de recursos humanos, pero es un asunto muy dinámico. Soy de los que creen que no faltan recursos sino que faltan algunas especialidades, en algunos lugares. En este sentido, si uno observa el caudal de profesionales con especialidad que no tienen trabajo, se puede llevar alguna sorpresa, ¿de acuerdo? Por tanto, seamos prudentes. Solamente les pido que hagamos una planificación lo más ajustada posible a las necesidades, buscando solución de cara a esos lugares de difícil desempeño y, probablemente, solucionemos algunos otros que están en manos de las comunidades autónomas, para profesionales que ocupan un largo tramo de su juventud en estudiar y en formarse. Creo que usted me entiende, senador Martínez Olmos.

En cuanto a la prescripción de enfermería, le diré que estamos en un momento favorable. Creo que en esta semana ya se termina el trámite de alegaciones y de audiencia externa, y ayer también fue presentado en el pleno de la comisión de recursos humanos, de modo que cuando tengamos armonizadas todas las propuestas de modificación, las estudiaremos. Hemos logrado que esto no sea un conflicto más entre enfermeros y médicos, y ahí vuelvo a solicitar su colaboración.

Además, quiero agradecer, si me permite, senador, su trabajo en este asunto.

Presidenta, si les parece bien, doy por contestadas sus preguntas.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

En nombre de los miembros de la comisión quiero agradecer al señor Castrodeza Sanz su comparecencia, así como la presencia de todos los miembros del gabinete y del ministerio que hoy nos acompañan en la Sala.

Quiero hacer extensivo mi agradecimiento a los portavoces de los grupos parlamentarios. He de decir que ha sido un debate muy fructífero, con buen tono, como suele suceder en esta comisión, y que ha velado por la información y por su propio bien.

Muchísimas gracias.

Se levanta la sesión.

Eran las doce horas y cincuenta y cinco minutos.