



CORTES GENERALES
**DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**
COMISIONES

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 105

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 6 (extraordinaria)

celebrada el martes 31 de enero de 2017

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias de la señora ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Montserrat Monserrat), para:

- **Dar cuenta de sus intenciones respecto del aumento del copago farmacéutico que soportan los pensionistas desde 2012. Urgente. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000268) 2**
- **Que aclare sus recientes declaraciones en las que anunciaba su nula intención de aminorar la carga que supone el copago farmacéutico y manifestando los planes de su ministerio de introducir una modificación del copago en los pensionistas de rentas medias (entre 18.000 euros/año y 100.000 euros/año) incrementando el número de intervalos y, de forma derivada de esto, la cantidad de copago de una parte de la población pensionista de nuestro país, lo cual supone aumentar aún más el gasto de bolsillo de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud e incrementar la desprotección frente a gastos catastróficos derivados de la enfermedad. A petición de los grupos parlamentarios Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y de Esquerra Republicana. (Número de expediente 213/000271) 2**
- **Informar sobre las intenciones del Gobierno de incrementar los copagos farmacéuticos para las personas jubiladas. A petición de los grupos parlamentarios Mixto y Socialista. (Número de expediente 213/000295) 2**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 2

Se abre la sesión a las once de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre esta sesión, que tiene carácter extraordinario.

Vamos a tramitar el orden del día con la celebración de las siguientes comparecencias de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La primera se refiere a la comparecencia urgente para dar cuenta de sus intenciones respecto del aumento del copago farmacéutico que soportan los pensionistas desde 2012, a petición del Grupo Parlamentario Socialista; la segunda, para que aclare sus recientes declaraciones en las que anunciaba su nula intención de aminorar la carga que supone el copago farmacéutico y en las que manifestaba los planes de su ministerio de introducir una modificación del copago en los pensionistas de rentas medias —entre 18.000 euros/año y 100.000 euros/año—, incrementando el número de intervalos y, de forma derivada de esto, la cantidad de copago de una parte de la población pensionista de nuestro país, lo cual supone aumentar aún más el gasto del bolsillo de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud e incrementar la desprotección frente a gastos catastróficos derivados de la enfermedad, a petición del Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana; y la tercera, para informar sobre las intenciones del Gobierno de incrementar los copagos farmacéuticos para las personas jubiladas, a petición del Grupo Parlamentario Mixto y del Grupo Parlamentario Socialista.

Antes de comenzar el debate y para una mejor ordenación quiero anunciarles cómo se va a desarrollar este. Tal como hemos hecho en otras ocasiones en las que hemos tenido comparecencias, les comunico que primero intervendrá la ministra, sin límite de tiempo, y a continuación por un tiempo de siete minutos los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Empezarán los grupos que han pedido las comparecencias, de mayor a menor y después intervendrán aquellos que no lo han hecho, de menor a mayor. A continuación volverá a tener la palabra la ministra y habrá un turno de réplica también de los grupos en el mismo orden por unos tres minutos.

Sin más, le damos la bienvenida y la palabra a la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD** (Montserrat Montserrat): Gracias, presidente.

Señorías, quiero empezar una vez más con un sentido recuerdo por las mujeres que han fallecido víctimas de la violencia de género, condenando rotundamente la violencia que se ejerce contra las mujeres por el mero hecho de serlo.

Llevo ochenta y nueve días al frente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y esta es la quinta comparecencia en las Cortes, tres en esta Cámara y dos en el Senado; de ellas, cuatro han sido a petición propia. Hoy comparezco teniendo en cuenta que mientras ustedes acordaban en la Diputación Permanente la celebración de esta comparecencia, yo estaba en ese mismo momento compareciendo en el Senado explicando lo mismo que ustedes me solicitan. Ustedes me citan hoy a comparecer para que explique, por tercera vez ante las Cortes Generales, lo que ya expliqué en mi comparecencia del 20 de diciembre en esta Comisión y del 19 de enero en el Senado. Así pues, voy a dedicar los próximos minutos a volver a explicarles de nuevo el modelo de financiación de los medicamentos del Sistema Nacional de Salud. Voy a empezar por lo que ya he dicho en repetidas ocasiones: no está en la agenda del Gobierno modificar, ni mucho menos incrementar, el pago de los medicamentos.

Para explicarles el sistema de financiación de medicamentos creo que es necesario que hagamos un análisis de cómo hemos ido construyendo entre todos el Sistema Nacional de Salud y los retos actuales a los que debemos dar respuesta. Es importante saber de dónde venimos y hacia dónde vamos; es importante saber qué retos tenemos por delante. España es un país con una baja tasa de natalidad y ocupa el puesto 181 del ranking mundial. España es el segundo país del mundo con mayor esperanza de vida después de Japón. Las mujeres en España tienen una esperanza de vida de 85,6 años y los hombres de 80,1 años. Esta es la gran revolución de España de finales del siglo XXI, gracias al desarrollo de nuestro Estado de bienestar y de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hace casi cuarenta años la esperanza de vida de España era de setenta y cuatro años para los casi 37 millones de personas que vivían en nuestro país. Actualmente la esperanza de vida, el promedio entre hombres y mujeres, es de ochenta y dos años para los más de 46 millones de personas que viven en España. En 1978 vivían en España casi un millón y medio de personas con más de sesenta y cinco años. En la actualidad, en el año 2017, residen más de ocho millones y medio de personas en nuestro país mayores de sesenta y cinco años.

España es uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo, con un promedio de 82,8 años y por encima de la media europea que está en 80,3 años. En 1981 el Instituto Nacional de Estadística fijó

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 3

en poco más de 720.000 las personas mayores de ochenta años a principios de los ochenta. El pasado año sumaban casi tres millones de personas mayores de ochenta años. Esta mayor longevidad no es casualidad, sino que es un logro del Sistema Nacional de Salud que hemos construido entre todos, nuestros padres, madres, abuelos, abuelas, pacientes, profesionales, comunidades autónomas, agentes sociales, partidos políticos y sociedad científica, en definitiva, entre todos. Siempre hemos trabajado desde la seriedad en la defensa de un bien común que es nuestra salud. Un éxito del que disfrutamos todos, pero que debemos mantener y mejorar.

Esta mayor longevidad supone también nuevos retos a los que debemos dar respuesta. Una mayor longevidad se traduce en una mayor cronicidad, en incremento de los casos con pluripatologías, en un mayor número de tratamientos, por tanto en polimedicación, y en un mayor número de personas dependientes. Por eso, es tan necesario que el sistema sanitario tenga la capacidad de dar una respuesta adecuada a los nuevos retos. Estos nuevos retos requieren que continuemos trabajando todos juntos para garantizar la preservación y la equidad de nuestro sistema sanitario. Todo nuestro esfuerzo ha hecho que nuestro Sistema Nacional de Salud sea uno de los mejores del mundo y así hemos de continuar. Todos somos pacientes y nuestro Sistema Nacional de Salud es patrimonio de todos, por el que todos debemos velar, trabajar y preservar.

Para poder entender cómo hemos llegado a esta situación de éxito de nuestro Sistema Nacional de Salud creo que es importante que hagamos un repaso a las reformas legislativas, que han tenido lugar a lo largo de las últimas cuatro décadas para garantizar y financiar el sistema. Nuestra Carta Magna aprobada en 1978 en su artículo 43 dispone el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y establece la competencia de los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de las prestaciones y los servicios necesarios y también dispone que los propios poderes públicos han de fomentar la educación sanitaria. Además, en el primer punto de su artículo 149 señala que le corresponde al Estado la competencia en sanidad exterior, ley de bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación sobre productos farmacéuticos.

Durante los últimos cuarenta años los distintos Gobiernos han ido desarrollando la Carta Magna para construir el Sistema Nacional de Salud actual y dar así una respuesta adecuada a las necesidades de los ciudadanos. Es el caso de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que estableció una regulación general de todas las acciones para garantizar el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución. Además, sentó las bases del modelo sanitario actual al plantear que los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas y bajo los poderes de dirección en lo básico y la coordinación del Estado, determinando la creación del Sistema Nacional de Salud.

Otra norma destacada es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley aclaró la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, ofreciendo en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado. Además, sirvió para fortalecer el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución. Esta ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

Quiero también poner en valor la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pues ante la transferencia de la mayor parte de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas reguló la coordinación y la cooperación entre las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar la protección de la salud, así como para garantizarla calidad, la equidad y la participación social en el sistema sanitario. Dicho con otras palabras, la Ley de cohesión actualizó las bases establecidas en la Ley General de Sanidad de 1986 y respondió a la realidad administrativa del país, sentando las bases para que los servicios públicos sanitarios respondan a unas garantías básicas y comunes. El proceso de descentralización se desarrolló de forma paulatina y comenzó en julio del año 1981 con el traspaso a Cataluña, en 1984 a Andalucía, en 1987 al País Vasco, en 1988 a la Comunidad Valenciana, en 1990 a Galicia y a la Comunidad Foral de Navarra y en 1993 a las islas Canarias. Este proceso concluyó en diciembre de 2001 con la cesión de la competencia al Principado de Asturias, así como a Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Islas Baleares, Comunidad de Madrid y Castilla y León.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 4

Otra norma destacada es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, ya que estableció las bases para el ejercicio de la actividad profesional, el trabajo multidisciplinar y en equipo de los sanitarios y la movilidad y el desarrollo de la carrera de los sanitarios. Esta norma dota al sistema sanitario de un marco legal que contempla los diferentes instrumentos y recursos con los que conseguir una mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tal y como requiere la realidad sociodemográfica del país, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención prestada a la población. Además, la ley garantiza que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

Otras normas que configuran nuestro sistema sanitario son la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que fijó las bases legales que sustentan la coordinación y cooperación de las administraciones públicas en materia de salud pública y proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar; la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, que reguló la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud en términos de derechos y deberes, carrera profesional, retribuciones, movilidad, categorías profesionales y provisión de plazas para mejorar la planificación y la ordenación en el Sistema Nacional de Salud; la Ley 14/2007, de 13 de julio, de Investigación Biomédica, que adecuó el marco normativo español para posibilitar la correcta preparación de nuestro sistema sanitario a los nuevos retos científicos y para garantizar la protección de los derechos de las personas que pudiesen resultar afectadas por la acción investigadora; y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que sirvió para afrontar el desafío que supone asegurar la calidad de la prestación farmacéutica, impulsar el uso racional de los medicamentos y garantizar que todos los ciudadanos tienen acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad, en un marco descentralizado y que esta ley fue refundida y reordenada con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

Todas estas normas vertebran el Sistema Nacional de Salud actual, regulan su actividad diaria y ordenan la asistencia en nuestro modelo sanitario, que responde a las características que William Beveridge describió en 1942. Como ustedes saben, este modelo se corresponde con un modelo equitativo, un modelo que deposita en el Estado la responsabilidad de planificar el sistema, así como de diseñar y controlar las políticas de salud pública; es un sistema que ya tiene presente la iniciativa privada y que contempla la descentralización, que en nuestro país se realiza a través de las comunidades autónomas. Nuestro Sistema Nacional de Salud es también un modelo de cobertura universal en el acceso a la asistencia, un modelo que muchos países toman como referente para progresar y que es destacado por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, que nos posiciona en el noveno lugar en términos de esperanza de vida saludable. Además, nuestro sistema es un sistema financiado públicamente en el que cada persona recibe los servicios sanitarios de forma universal, equitativa y gratuita. Todo esto lo hemos hecho juntos, dialogando de forma permanente, porque creemos en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Ahora que hemos descrito nuestro modelo hablemos de cómo se financia. Desde 2012, una vez consumada la descentralización en las comunidades autónomas a la que me he referido con anterioridad, la financiación del sistema sanitario está contemplada en la Lofca y en la financiación general de cada comunidad autónoma, que decide cuánto se invierte y en qué políticas y, en todo caso, sostiene el funcionamiento de los centros de salud, los hospitales, los planes de salud, los profesionales, el gasto farmacéutico, la cartera de servicios y cuantas acciones sanitarias sean de su competencia. En este ámbito también tienen capacidad de decisión de forma paralela a las comunidades autónomas las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, el Instituto Social de la Marina, así como las mutualidades de los funcionarios públicos, es decir, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas. También tiene capacidad de decisión el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que gestiona directamente los servicios sanitarios en las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla. Asimismo, también son actores en el ámbito de la salud pública —es importante el papel que desempeñan— las corporaciones locales, así como los profesionales de los hospitales y los seguros.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 5

El gasto sanitario total anual en nuestro país en 2002, inmediatamente después de concluir las transferencias a las comunidades autónomas, fue de 53.731 millones de euros, de los que 38.552 millones correspondieron al sistema público y 15.179 millones al sistema privado. Esta inversión supuso el 7,2 % del producto interior bruto y permitió invertir una media de 939,50 euros por paciente. Los últimos datos consolidados, en este sentido, correspondientes al año 2014 muestran una inversión total de 95.722 millones de euros, siendo 61.497 millones en el sistema público y los 28.895 millones restantes en el sistema privado. La proporción con respecto al producto interior bruto de 2014 se situó en el 9,2 % y la inversión media por paciente en 1.332 euros.

Nosotros accedimos al Gobierno en 2012 con un sistema sanitario endeudado en casi 16.000 millones de euros, pero no solo eso, también nos encontramos a doscientos mil españoles sin derecho a asistencia sanitaria, por tanto, excluidos del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, nos encontramos con 1.000 millones de coste de turismo sanitario, tal y como remarcó el Tribunal de Cuentas en su informe de 2009. Pero este Gobierno, una vez más, dio prioridad al Estado de bienestar y a pesar de la situación crítica sostuvo el gasto en sanidad, pensiones, educación, dependencia y otras políticas sociales. Gracias también a este compromiso del Gobierno con el bienestar de los españoles, así como con el esfuerzo realizado por la sociedad, por los pacientes, por los profesionales, por las comunidades autónomas, por los agentes sociales, por la industria y la sociedad científica, hemos podido consolidar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud.

Para hacer sostenible el sistema, sin perderla calidad de las prestaciones al servicio de los españoles, aprobamos el Real Decreto-ley 16/2012. El objetivo con el que se redactó este real decreto-ley fue para la preservación y el mantenimiento del Sistema Nacional de Salud. El real decreto estableció reformas que permitieron reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes. Nos permitió garantizar la sostenibilidad y preservar la calidad del sistema sanitario público, asegurando siempre el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud y a una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.

El Real Decreto-ley 16/2012 introdujo modificaciones en materia de asistencia sanitaria, regulando el derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud. También introdujo modificaciones en la cartera de servicios, diferenciando una cartera común básica, otra común suplementaria y una tercera de servicios accesorios para garantizar que la equidad en el acceso a las prestaciones, y por tanto de esta manera el derecho a la protección de la salud, se lleve a cabo en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y se posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. También introdujo modificaciones en cohesión y garantías financieras para la sostenibilidad del modelo, creando el Fondo de garantía asistencia que, junto con el Fondo de cohesión sanitaria, distribuyó 49.870.000 euros en 2015 y 59.854.000 euros distribuidos en 2016, con el objeto de garantizar la cohesión y la equidad en el Sistema Nacional de Salud para nuestros ciudadanos mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla. Asimismo, introdujo modificaciones en la gestión, planteando la plataforma de compras centralizadas para impulsar ahorros mediante la licitación agregada en la adquisición de medicamentos y productos sanitarios. Se han realizado doce hasta la fecha por un importe de 2.609 millones de euros, con un ahorro de 103 millones de euros.

También se introdujeron modificaciones en la planificación en el ámbito de los recursos humanos, contemplando la creación de herramientas como, por ejemplo, el registro estatal de profesiones sanitarias, creado mediante el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, para mejorar la planificación y la ordenación de las plantillas. Asimismo, se introdujeron modificaciones en materia de prestación farmacéutica, la prescripción por principio activo, por la cual el farmacéutico dispensará el medicamento de precio más bajo de su agrupación homogénea y en el caso de igualdad el medicamento genérico o biosimilar correspondiente. Además, en materia de prestación farmacéutica se introdujo la regulación de los precios de referencia.

Con estas medidas hemos ahorrado más de 350 millones desde 2014. Gracias a estas medidas ha sido posible reducir la deuda con la industria farmacéutica innovadora, pasando de casi 6.400 millones en 2011 a 1.500 millones a final de 2016. Además, hemos reducido los días de demora en el pago, pasando de 525 días en 2011 a 95 días actualmente. También hemos reducido nuestro pasivo con las empresas de tecnología sanitaria, pasando de casi 5.300 millones de euros en 2011 a 947 millones a final

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 6

de 2016 y han descendido, además, los días de demora en el pago, porque en 2011 eran 473 días y ahora en 2016 son 129 días.

Asimismo, hemos reducido un 14,4% el gasto en facturación de recetas en oficinas de farmacia, pasando de 11.135 millones de euros en 2011 hasta los 9.535 millones de euros en 2015, sin que por ello los españoles hayan dejado de tener acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento. El gasto medio por receta es de 10,8 euros menos que en el año 2011, es decir, un 5,6% menos. El consumo de medicamentos genéricos ha alcanzado una cuota del 48% del total de los envases facturados, lo que ha supuesto un incremento en los últimos cuatro años de un 43% en envases genéricos. Se ha reducido la acumulación de medicamentos que se producía en los hogares, que llegó a alcanzar la cifra de 45 millones de envases sin utilizar, así como la de 3.700 toneladas al año en los puntos Sigre, que como saben son los puntos de recogida que se encuentran en las farmacias. Esta acumulación suponía un coste equivalente a más de 1.200 millones.

Con todas estas medidas que he mencionado se ha generado un ahorro por valor de 6.621 millones de euros entre julio de 2012 y diciembre de 2016. Gracias a este ahorro, hemos podido invertir en más de doscientas innovaciones terapéuticas desde el comienzo de la X Legislatura, de ellas —ya que estamos esta semana en la semana contra el cáncer—, cuarenta y dos han sido para mejorar el tratamiento del cáncer y medicamentos para tratamientos oncológicos, así como las utilizadas para el tratamiento de la hepatitis C.

Respecto al tratamiento de la hepatitis C, gracias al plan estratégico que impulsamos hemos liberado de la enfermedad a 65.252 personas en nuestro país, entre enero de 2015 y noviembre de 2016, con una inversión prevista de 1.700 millones de euros en total. Además, hemos impulsado otras medidas como el protocolo suscrito con la industria farmacéutica en noviembre de 2015, que fue renovado el pasado mes de diciembre, concretamente el 29 de diciembre, con el objetivo de favorecer el acceso ágil y en condiciones de equidad a las innovaciones terapéuticas para todos los ciudadanos, como por ejemplo con los medicamentos oncológicos —como antes he mencionado—, velando al mismo tiempo por la sostenibilidad del sistema y controlando el gasto mediante el establecimiento de una relación directa con el producto interior bruto, así como impulsando el desarrollo de la propia industria que —no lo olvidemos— también son creadores de puestos de trabajo dentro de este sector.

Señorías, otra de las medidas que contempla el Real Decreto-ley 16/2012 son las aportaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Salud y sus beneficiarios para acceder a determinados medicamentos, basándose esta norma en otras planteadas por Gobiernos anteriores, de distinto color político, que han defendido este sistema de aportación. Siempre ha sido un sistema pacífico y unánime, y así tiene que continuar. Quiero dejar claro que el copago de los medicamentos no es una invención del Gobierno del Partido Popular. El copago farmacéutico se aplica en nuestro país desde hace cincuenta años; para ser exactos, desde el 1 de enero de 1967, fecha en la que entró en vigor la Ley sobre Bases de la Seguridad Social, aprobada por el Decreto-ley de 21 de abril de 1966. Esta ley establecía que los beneficiarios, sin discriminar entre activos o pensionistas, participarían mediante el pago de una cantidad fija por receta o, en su caso, por medicamento, salvo en la dispensación de medicamentos en los tratamientos realizados en las instituciones propias o concertadas de la Seguridad Social originados en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La primera modificación de este sistema de aportación por parte de los ciudadanos se produjo once años después de la entrada en vigor de la Ley sobre Bases de la Seguridad Social, concretamente en 1978. Fue entonces cuando se diferenció por primera vez la aportación para los medicamentos destinados al tratamiento de las enfermedades crónicas, y se decidió asignarles una aportación reducida, que se concretó en el 10%. Para el resto de medicamentos se estableció una aportación del 20% del precio que presentase el envase, porcentaje que, como también fijó la regulación de 1978, aumentaría al 30% en el año 1979 y un 10% más, es decir, hasta el 40%, en 1980. De esta aportación quedaron exentos los pensionistas de la Seguridad Social, situación que se produjo tres años después de que se pusiera en marcha la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Muface. Hago esta mención específica porque, en el modelo de pago de medicamentos propios de Muface vigente hoy en día y compartido con la Mutualidad General Judicial, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas establece una participación del 30% del precio del envase para el paciente, tanto para el ciudadano activo, como para el ciudadano que responde a la condición de pensionista. Por ello, no es cierto que haya sido un Gobierno apoyado por el Partido Popular el primero en establecer el pago por medicamentos a los pensionistas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 7

En este sentido, hay que añadir que el modelo de copago farmacéutico del Sistema Nacional de Salud y el del mutualismo administrativo fueron regulados por la misma norma en 2006: la disposición adicional única y el anexo V del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. A partir de aquí el modelo quedó establecido de la siguiente manera: los ciudadanos activos incluidos en el Sistema Nacional de Salud tenían que realizar una aportación fijada en el 40% del precio del medicamento, la aportación establecida para los activos y los pensionistas incluidos en el mutualismo administrativo fue establecida en el 30% y los pensionistas incluidos en el Sistema Nacional de Salud de la Seguridad Social quedaron exentos de realizar aportaciones. Con todo, ambos modelos, el Sistema Nacional de Salud y el mutualismo, compartían los medicamentos considerados de aportación reducida, así como la exención de copago en los tratamientos necesarios por haber sufrido un accidente de trabajo o estar convaleciente por una enfermedad considerada profesional.

En todo caso y a pesar de la evolución sociodemográfica experimentada de forma continuada y progresiva por la sociedad española, que ya les he explicado anteriormente, es decir, con una población cada vez más longeva, una población más envejecida, una población más afectada por las enfermedades crónicas, por varias patologías al mismo tiempo, y una población con mayor dependencia, el sistema de aportaciones establecido en 1978 permaneció inalterado durante treinta y dos años, hasta la X Legislatura, hasta la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012. El sistema de pago de los medicamentos establecido en 1978, más anticuado e ineficaz, fue reemplazado hace casi cinco años por otro modelo más justo y equitativo, que mejoró el criterio para establecer las aportaciones adicionales de pago. Con este nuevo sistema se deja de tener en cuenta la edad como criterio general del pago por medicamentos y se pasa a utilizar la renta para definir las aportaciones. El objetivo de este cambio era que aportasen menos los ciudadanos que menos tienen, en definitiva las personas más vulnerables, y promover avances en el Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista de la cohesión, la equidad, la solidaridad y la justicia social. El sistema de pago de los medicamentos establecido por el Real Decreto-ley 16/2012 adaptó las aportaciones a la realidad social actual de nuestro país, adaptó las cantidades aportadas en función de la renta, teniendo presente la cronicidad de la enfermedad y, como antes explicaba, procurando impulsar en todo momento la equidad, y no supusiera una barrera en el acceso de los ciudadanos a los medicamentos. Como en el caso de los medicamentos de aportación reducida del Real Decreto de 2006, en este Real Decreto de 2012 se establecieron topes máximos de contribución proporcionales a las rentas, así como limitaciones en las cuantías, con topes mensuales.

¿Qué personas se han visto beneficiadas con la reforma introducida por el Real Decreto 16/2012? Las personas sin trabajo que han perdido el derecho a percibir el subsidio por desempleo y sus beneficiarios, que antes tenían que abonar el 40% del precio del medicamento. Independientemente de su edad, todas las personas que han perdido el derecho a percibir el subsidio por desempleo y sus beneficiarios antes pagaban el 40% del copago farmacéutico y hoy no pagan nada. También han quedado exentos de pago los afectados por síndrome tóxico y las personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, la Lismi, es decir, la Ley 13/1982, de 7 de abril. También han quedado exentas de pago las personas perceptoras de rentas denominadas de integración social. Han quedado exentas de pago las personas perceptoras de pensiones no contributivas. Por tanto, hay una parte de pensionistas que no pagan. Y han quedado exentas de pago las personas que están siguiendo tratamientos derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales. Así pues, un total de 1.560.000 personas y sus beneficiarios se han visto beneficiadas con las exenciones del nuevo sistema.

Señorías, en los cincuenta años de historia que el pago de medicamentos acumula en nuestro país, ningún Gobierno, ningún partido político, ninguno de los grupos parlamentarios con representación en esta sala se ha opuesto frontalmente a la esencia del sistema. Este real decreto ha permitido la sostenibilidad y la viabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud tal y como lo conocemos. Y tan importante es explicarlo como que también valoremos la regulación del Sistema Nacional de Salud en los países de nuestro entorno. Verán cómo, tras un breve análisis, la regulación que ha llevado a cabo el Real Decreto 16/2012 tiene un carácter social más justo y de mayor protección, al menos, que muchos de los países de la Unión Europea, vecinos nuestros. Mientras que en España no existe el pago adicional para acceder a la asistencia sanitaria, es decir, no se paga para ir a la consulta del médico, por tanto no hay copago sanitario, en países como Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Noruega o Suecia hacen pagar una tasa a sus ciudadanos para acceder a la atención primaria, al médico especialista, a la asistencia hospitalaria e, incluso, a los servicios de urgencias. Otros países, como Grecia e Irlanda, exigen copagos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 8

en atención hospitalaria y en urgencias. Luxemburgo impone aportaciones adicionales en asistencia primaria, en atención hospitalaria y para acceder a un especialista. Portugal cobra en atención primaria y en asistencia hospitalaria. Y la totalidad de estos países, todos ellos, sin excepción alguna, al igual que sucede en otros países más allá de la Unión Europea, como Australia, Canadá o Nueva Zelanda, por poner algunos ejemplos, contemplan el pago adicional en farmacia, es decir, tienen copago sanitario y copago farmacéutico. Solo en Dinamarca, Reino Unido y España limitamos las aportaciones adicionales de los ciudadanos al acceso a los medicamentos, para que no sean una barrera, y, sinceramente, creo que esto debemos valorarlo positivamente. En consecuencia, mientras que en España estamos libres de copagos asistenciales, en Francia pagan, para empezar, un euro por cada visita al médico, por cada prueba de laboratorio, por cada radiografía y por transporte sanitario, a lo que suman el pago directo por servicio, con un sistema de reembolso que, salvo excepciones, como crónicos, nunca llega al cien por cien. Mientras que en España estamos libres de copago asistencial, en Portugal deben abonar 5 euros por visita al médico general y en Bélgica entre 1 y 6,5 euros. Y mientras que en España estamos libres de copago asistencial, la tarifa diaria por hospitalización en los países de nuestro entorno oscila entre los 10 euros que cobran en Austria y los 75 euros que cobran en Irlanda.

Con respecto al pago por medicamentos, en Alemania, por ejemplo, como característica fundamental de su modelo, las aportaciones adicionales del ciudadano suponen el 10% del precio de los medicamentos para pensionistas y activos. Por su parte, en Francia el pago para el asegurado oscila entre el 0 y el 85% del precio, a lo que suman una aportación adicional fija de 0,50 euros por envase de medicamento, y además cuentan con un sistema de prepago-reembolso que aplican en determinadas especialidades y efectúan sobre la base de una suma global calculada a partir del precio del medicamento genérico. Luxemburgo es otro país con un sistema de reembolso, que cuenta con cuatro tramos, establecidos en función de su clasificación de medicamentos, con el siguiente esquema: hay casos en los que no se contempla reembolso alguno para el ciudadano, casos en los que el reembolso se sitúa en el 40% del precio, casos en los que se fija en el 80% del precio y casos en los que se llega al cien por cien del reembolso. Por su parte, en Suecia el paciente paga la totalidad del coste del medicamento, hasta un máximo de 120 euros durante doce meses a partir de la primera compra; si el coste se sitúa entre los 120 y los 229 euros, la subvención alcanza el 50%; si el coste está comprendido entre los 229 y los 424 euros, la subvención alcanza el 75%; si oscila entre los 424 euros y los 588 euros, la subvención alcanza al 90% y, si supera los 580 euros, la ayuda cubre totalmente el coste. Podría seguir describiéndoles ejemplos de cada país de la Unión Europea, pero considero que con los casos que acabo de explicarles queda claro que el modelo de pago para acceder a los medicamentos que tenemos en España es más proporcional, justo y solidario que el de la mayoría de nuestros vecinos.

Señorías, quiero insistir —para concluir— que la modificación del pago de los medicamentos no está en la agenda del Gobierno. No voy a entrar en análisis sesgados, carentes de reflexión y rigor, incluso partidistas en una cuestión tan importante para nuestro Estado del bienestar, construido entre todos los españoles, como es la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica. Y quiero insistir y dejar manifiesto que, como he hecho desde el día en el que asumí la cartera de ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, voy a seguir trabajando sin descanso para consolidar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud y para que siga siendo universal, sostenible y equitativo, porque han de saber ustedes que cuando un sistema deja de ser sostenible y equitativo los que más lo sufren son los que menos tienen, los más vulnerables. Nuestro Sistema Nacional de Salud es un activo de la marca España en la promoción y en la proyección de una imagen positiva de nuestro país en todo el mundo, reconocido internacionalmente, como hemos visto hace pocas semanas, por Bloomberg, que nos sitúa en tercera posición en su ranking en términos de eficiencia, pero primeros si tenemos en cuenta solo los sistemas sanitarios públicos del mundo. Por tanto, según Bloomberg, somos el primer país del mundo, con el mejor sistema público sanitario. Y también ha sido reconocido por la Organización de las Naciones Unidas, que nos sitúa en séptima posición entre 188 países en su clasificación sobre carga mundial de enfermedades y cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. Vamos a seguir trabajando para mejorar el Sistema Nacional de Salud con lo que respecta a la cohesión, la calidad, la equidad, la seguridad, la sostenibilidad y la solvencia. Por tanto, vamos a seguir trabajando para hacer posible que todos los ciudadanos de nuestro país vivan cada vez más años y con mayor calidad de vida. Es en la consecución de estos objetivos donde siempre me encontrarán, donde siempre estaré dispuesta a escucharles y a dialogar para alcanzar consensos y para hacer del nuestro un modelo asistencial cada vez más justo, más equitativo, más solidario y universal.

Muchísimas gracias, señorías. Gracias, señor presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 9

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora ministra.

Empezamos el turno de intervención de los grupos, con una salvedad a lo que hemos anunciado antes, aunque está hablado con el conjunto de los grupos, y es que el señor Campuzano tiene que ir a la Junta de Portavoces, por lo que ha pedido intervenir en primer lugar, de manera que lo hará en primer lugar el Grupo Mixto.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Gracias, señor presidente. Gracias a los portavoces por esta flexibilidad.

Señora ministra, lógicamente, agradecemos su comparecencia, su exhaustiva explicación con relación a cuál es la realidad de regulación y del marco legal del sistema de salud y específicamente sobre las cuestiones vinculadas al copago, pero estará usted de acuerdo conmigo en que esta comparecencia no es para que los grupos escuchen de la señora ministra que conoce cómo funciona el sistema, sino que es resultado de unas declaraciones tuyas que provocaron enorme preocupación en amplios sectores de la opinión pública. Y, señora ministra, lo primero que hay que apelar de un miembro del Gobierno en sus declaraciones públicas es el sentido de medida y responsabilidad. Hoy usted reitera que no tiene pretensión de modificar el actual marco legal, pero lo que es cierto es que en aquella entrevista suscitó preocupación ante la opinión pública, y, singularmente, ante un segmento, las personas jubiladas, los pensionistas, que han vivido con preocupación algunas decisiones que su Gobierno también ha tomado, como, por ejemplo, la cuasi congelación de las pensiones. Anunciarles un incremento del copago, que era lo que sucedía en aquellas declaraciones, efectivamente, provocó esa alarma social, que explica por qué comparece esta mañana ante esta Comisión en el Congreso. Por tanto, le ruego, señora ministra, que tenga ese sentido de la medida, que tenga ese sentido de la responsabilidad, porque los pensionistas no merecen que la responsable de Sanidad del Gobierno extienda preocupación.

En segundo lugar, la comparecencia de hoy y esas desafortunadas declaraciones deberían ser una oportunidad para repensar el funcionamiento del copago, repensar las medidas que se introdujeron en el año 2012 e intentar que, efectivamente, el sistema sea más equitativo, que seguramente que no lo es de manera suficiente, y no tan solo con relación a los pensionistas, sino especialmente con relación a los enfermos crónicos. Recordará usted, porque era miembro de esta Cámara, que nuestra colega, la señora Tarruella, cuando debatimos el Real Decreto de 2012, ya insistía en que los enfermos crónicos, también los que reciben dispensación farmacéutica en los hospitales, deberían tener un régimen que no les perjudicase, porque los actuales límites que se introducen para ellos no están siendo justos ni equitativos. Forma parte de una preocupación de la comunidad sanitaria, de las asociaciones de enfermos, que lo vienen planteando desde hace tiempo. Asimismo, sus desafortunadas declaraciones también deberían servir para que la gestión de esos niveles de copago mejorase de manera sustancial. Ayer mismo consultaba a un farmacéutico conocido sobre la realidad de la aplicación del Real Decreto y nos venía a recordar que lo que continúa siendo un problema en el caso de las personas activas es lo que se tarda en recibir la compensación por el copago que se efectúa, así como las rigideces que se derivan de los cambios de situación económica de las personas, especialmente durante estos años de crisis.

Termino, señor presidente, refiriéndome a una última cuestión. La principal censura al Gobierno del Partido Popular en esta materia no es tanto el copago en sí mismo —que lo es—, sino haber introducido esta nueva regulación en el peor momento de la crisis económica, castigando duramente a sectores de la población que no tenían capacidad de respuesta, lo que llevó a que ese Real Decreto de 2012 tan solo fuese aprobado con la mayoría de su grupo, con la oposición de los restantes. La actual configuración parlamentaria, en la que ustedes no gozan de mayoría absoluta, va a obligar, sí o sí, a repensar el fondo del copago, buscando, efectivamente, los criterios de equidad que hoy el actual copago no garantiza, a nuestro entender.

No voy a poder escuchar su respuesta, señora ministra, pero la señora Nogueras la seguirá con mucho interés.

Gracias.

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

Y ahora también por el Grupo Mixto, tiene la palabra la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Gracias, señor presidente.

Que el copago existía ya lo sabemos, pero estamos frente al repago, a pagar dos veces por el mismo concepto. Después de estar toda la vida cotizando para poder tener una jubilación que nos da unos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 10

derechos, se nos exige volver a pagar por lo que ya hemos pagado. Y esta es una manzana envenenada, porque se enmascara con la idea de que estamos intentando lograr una economía más progresiva, pagando más los que más tienen, pero realmente lo que hay detrás es que estamos pagando dos veces por los mismos servicios y que abrimos la puerta a pagar por los servicios más básicos, como la sanidad pública. Por cierto, es verdad que el Estado español tiene una de las mejores sanidades públicas: por eso debemos protegerla, no perseguirla.

Ya lo dijimos en la anterior comparecencia en esta Comisión frente a una serie de contradicciones entre los Gobiernos de algunas comunidades autónomas y el tipo de políticas que se intenta seguir llevando desde el Estado y el Partido Popular. Como ya dije, el Consell ha destinado 41 millones de euros en 2016 para hacer frente a este repago, a esta política del Gobierno central que pensamos que es injusta, y tiene previsto invertir 47 millones de euros en 2017. Esto ha permitido que casi 100.000 personas no abandonen sus tratamientos. Estos son los datos exactos de lo que se está consiguiendo, haciendo frente al repago por parte del Consell. **(Muestra un gráfico)**. En 2015 casi 100.000 personas abandonaron sus medicamentos y en 2016 más de un 32% de estos enfermos siguen con sus tratamientos médicos en el País Valencià. Esto es lo que conseguimos gracias a pagar esa política injusta que nos aplican desde Madrid. Y eso a pesar de la infrafinanciación que tenemos en el País Valencià, a pesar de la deuda histórica, a pesar de que desde el Gobierno central nos asfixian. Seguimos intentando hacer políticas pensando en las personas y asumimos los costes de las políticas que nos parecen tremendamente injustas.

Si realmente le preocupa el gasto farmacéutico, cosa que nos parece bien, si realmente quiere ahorrar en ese gasto farmacéutico, le proponemos, por ejemplo, apretar más las tuercas a las empresas farmacéuticas, y no tanto a la gente sencilla, que somos quienes estamos pagando la crisis. Estas son las diferencias reales entre un Gobierno que piensa en las personas, que gobierna para las personas, que gobierna para la mayoría, y un Gobierno que piensa y que gobierna para las grandes empresas.

Y solo por seguir con algunos de los ejemplos que usted ha puesto, Alemania, Holanda y Francia tienen un salario mínimo interprofesional de alrededor de 1.500 euros al mes. Luxemburgo, otro de los casos que usted ha expuesto, tiene un salario mínimo interprofesional de casi 2.000 euros al mes. En el Estado español tenemos un salario mínimo interprofesional de poco más de 700 euros. No nos podemos comparar, no podemos poner en la misma balanza Estados donde la gente está cobrando tres veces más de lo que se considera aquí el salario con el que una persona puede sobrevivir.

Y ya que estamos en comparecencia y aprovechando que usted nos ha facilitado su exposición, también nos gustaría desde Compromís que nos explicara qué ha pasado con el nombramiento de la directora general del Imsero, quien parece ser que no cumple los requisitos para ocupar el puesto. Queremos saber exactamente cuál es el lugar en la escala funcional que ocupa esta persona, por qué no se ha hecho ese real decreto que declare la excepcionalidad para poder ocuparlo o si se va a hacer, ahora que se ha destapado que, en principio, por formación o escala funcional, no debería ocuparlo.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sorlí.

Volvemos al orden previsto originalmente, y, de los que han solicitado la comparecencia, el mayor es el Grupo Parlamentario Socialista. Por lo tanto, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señora ministra, por esta comparecencia, un poco desigual, porque usted tiene cuarenta y cinco minutos, de los cuales dedica noventa segundos a hablar sobre el copago farmacéutico, de cuáles son sus intenciones al respecto, y además ustedes tienen agua y nosotros no. **(Risas)**.

Nos preocupan sus declaraciones, señoría. El problema es que usted, su Gobierno y el presidente de su Gobierno tienen credibilidad cero en materia de copagos. Este es un titular del ABC del día 18 de marzo de 2012: «Rajoy rechaza el copago en consultas y en medicinas». **(Muestra un recorte de periódico)**. Un mes y tres días después ustedes estaban publicando el Real Decreto-ley 16/2012, aplicando copago a los pensionistas. Usted me dirá si no es motivo de preocupación para los pensionistas que diga que está pensando modificar el copago de los pensionistas y que ahora su presidente diga que no lo piensa modificar, teniendo este antecedente de que, negando que iban a subir el copago de los medicamentos, un mes después lo publicaban en el Boletín Oficial del Estado. Por eso no nos creemos sus declaraciones, señora ministra, ni los desmentidos del presidente del Gobierno. Creemos que ustedes han implantado un copago que es injusto, innecesario, ineficaz e improvisado: injusto porque aplicó el coste de la sostenibilidad del sistema sanitario sobre las personas de rentas bajas y medias, con menos capacidad económica;

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 11

innecesario porque hay otras muchas medidas que deben y pueden tomarse, en lugar de aplicar copagos a las personas, como después mostraré; ineficaz, porque cuatro años después vemos que no ha resuelto el problema del crecimiento estructural del gasto farmacéutico ni el despilfarro de medicamentos que ustedes señalan; y muy improvisado porque, como usted sabe, el Real Decreto-ley y el copago farmacéutico se implantaron sin ningún diálogo con los profesionales ni con las comunidades autónomas, aplicando una escala de pago que ustedes mismos reconocen que no es progresiva. Lo que sí le reconozco, señora ministra, es que hoy nos ha explicado mucho mejor que su antecesora, la señora Mato, el Real Decreto-ley, porque, si usted recuerda esa rueda de prensa —seguro que la ha vuelto a visionar—, la exministra decía entonces que no hay cosa que tenga más valor que una medicina que cura enfermedades y que no es lo mismo en cuanto al consumo de medicamentos una persona que no está enferma que una persona que sí lo está.

Señoría, ustedes han aplicado no un copago farmacéutico, sino tres: el primero es el copago de los pensionistas, ese 10% que tienen que pagar por las medicinas; el segundo, por la desfinanciación que hicieron en septiembre de 2012 de 417 medicamentos, muchos de ellos coadyuvantes en enfermedades crónicas, como laxantes y mucolíticos, y el tercero con la subida del IVA sanitario que aplicaron a partir del 1 de enero de 2015. Y hubiesen seguido aplicando más copagos, como el de los medicamentos de dispensación hospitalaria, si no se les hubieran vuelto en contra incluso las comunidades autónomas que ustedes gobernaban. Lo mismo sucede con respecto al copago por el transporte sanitario, que también tenían pensado aplicar y que la repulsa de las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial y un informe del Consejo de Estado hicieron que modificaran sus intenciones.

El impacto de todos estos copagos farmacéuticos sobre las familias ha sido muy relevante. Según la Encuesta sobre Presupuestos Familiares, desde el año 2011 hasta el año 2015 el gasto total en salud de las familias españolas ha subido en 1.850 millones de euros, de los cuales casi la mitad, 835 millones son relativos a incremento en el gasto en medicamentos de las familias con mayores de 65 años. En total, si lo llevamos a términos de gasto medio por persona, desde el año 2011 el gasto en salud ha pasado de 485 a 575 euros en el caso de las personas de más de 65 años, los pensionistas; es decir, un incremento de 90 euros. ¿Sabe cuánto han subido ustedes las pensiones en estos cuatro años? Para una pensión mínima 15 euros; para una pensión media 21 euros y, sin embargo, les han hecho pagar 90 euros más en gasto sanitario. Y no vamos a hablar de copagos en el ámbito de la dependencia, etcétera. Por tanto, se trata de un copago injusto y también ineficaz porque disuade el consumo necesario de medicamentos. Lo dicen las encuestas en España, un 4% de la población general ha dejado de consumir medicamentos por falta de medios económicos. Si nos fijamos en algunas comunidades autónomas, barómetro sanitario del CIS, llega hasta el 10%. Si vamos a los estratos sociales más bajos, la cifra se duplica hasta más del 6%. Si nos centramos en los enfermos que dejan de cumplir su tratamiento, estamos en cifras del 15%. Y si vamos a enfermos con rentas bajas, entramos en cifras del 30%, según las encuestas realizadas en España que, por cierto, coinciden con declaraciones de representantes de sociedades científicas médicas y de organizaciones no gubernamentales como Cruz Roja.

Fíjese, en el informe de la defensora del pueblo de 2015 se dice claramente que el actual modelo de aportación significa problemas de acceso a los medicamentos entre las personas y familias de escasos recursos. Y constatada la insuficiente protección que ofrece la actual normativa estatal básica y en tanto no haya ocasión de revisar su contenido, las administraciones autonómicas han de articular medidas adicionales de garantía, que alejen la posibilidad de que los pacientes abandonen los tratamientos por dificultades económicas insalvables. Señora ministra, no se lo digo yo ni se lo dice un partido de la oposición, se lo dice la defensora del pueblo, una persona de su propio partido político.

Además, el copago es injusto e ineficaz porque no ha corregido el problema del crecimiento del gasto farmacéutico por recetas. En el año 2016 el número de recetas creció respecto a 2015 un 2,21%. En el año 2011 creció un 1,67% respecto a 2010, antes de la aplicación del real decreto-ley. Por tanto, es falso que el copago en los pensionistas haya reducido el crecimiento del gasto por recetas. Y también es falso algo que ustedes siempre dicen y que, lamentablemente, hoy usted ha vuelto a repetir, y es que se ha corregido el desperdicio en medicamentos. Señoría, datos oficiales del Sigre, en el año 2011 se depositaron 79,6 gramos por habitante en los puntos de recogida del Sigre, en el año 2015 fueron 88,6 gramos por habitante. Significa que las 3.600 toneladas de residuos y medicamentos que se recogían en 2011 hoy son 400 toneladas más. Por tanto, no ha tenido absolutamente ningún efecto en la reducción de lo que ustedes llaman desperdicios o despilfarros, y lo único que demuestra es una ideología en contra de la utilización de medicamentos por parte de la población pensionista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 12

Y por último, el copago es innecesario. Hay una amplísima batería de medidas que se pueden tomar para corregir el crecimiento inadecuado del gasto farmacéutico. Podemos intervenir en optimizar la prescripción de medicamentos, en fomentar el medicamento genérico, en los programas de seguimiento y conciliación farmacoterapéuticos, en la educación de la población para un uso racional del medicamento, en una mejor negociación de los precios con los laboratorios, como recientemente le ha pedido el Tribunal de Cuentas, o en un desarrollo de los precios seleccionados como, por ejemplo, está haciendo la Junta de Andalucía y ustedes se empeñan en combatir.

Señora ministra, termino pidiéndole que sea ambiciosa y dialogante sobre todas estas medidas que yo le estoy sugiriendo ahora porque aquí encontrará al Grupo Parlamentario Socialista. Y deje de pensar en seguir metiendo la mano en el bolsillo de los pensionistas porque ahí no nos va a encontrar.

Muchas gracias.

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

Dentro de los grupos solicitantes de la comparecencia, corresponde ahora el turno de intervención al Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, señor presidente.

Señora ministra, *sigui benvinguda a aquesta compareixença demanada per algunes de nosaltres*. Después de escucharla, quiero decirle que nos alegra muchísimo que haya accedido a venir a explicar una cosa que no va a suceder, a partir de unas declaraciones que nunca hizo y en relación a un problema que no existe. Aumentar los copagos supone que la gente disminuya el consumo de medicamentos prescritos por un médico. Es decir, el copago es una barrera entre la prescripción médica y el cumplimiento por parte del paciente de dicha prescripción. La reforma del copago que ustedes hicieron no cambia la tendencia del gasto farmacéutico; solo transfiere costes al usuario durante un tiempo, pero el gasto sigue subiendo, como muestra toda la literatura al respecto y los últimos datos de gasto farmacéutico de nuestro país. El copago de medicamentos ambulatorios supone a día de hoy en torno a un 10% del gasto farmacéutico total, y la mayoría de ese gasto procede de la población activa. Dejemos de poner barreras en la población pensionista y trabajemos por actuar donde se encuentra el problema porque, como dice Eduardo Galeano, parece que usted está rascando allí donde no pica. Y sobre todo, ponerle tramos a los pensionistas no convierte el copago en una medida progresiva —ahora que parece que ustedes abrazan la progresividad fiscal— siempre que haya enfermedad de por medio. El copago por renta hace que pague más quien más tiene solo a igualdad de enfermedad. Pero es que, señora ministra, por más que desde su partido y otras ideologías afines digan lo contrario, las enfermedades no nos igualan a todos, porque las enfermedades sí entienden de clases sociales, sí entienden de precariedades laborales, de pensiones míseras y de género o raza. No se puede convertir en progresivo un impuesto en una de las cosas más regresivas que existe: la enfermedad.

Cuando el Partido Popular introdujo el copago en la población pensionista —eso sí lo hicieron ustedes, no era una herencia recibida—, un cargo del Gobierno dijo que solo eran cuatro cafés al mes, nada, 8 eurillos. El problema es que durante estos últimos cinco años, la población pensionista ha tenido que ir aguantando esos 8 eurillos de copago, otros 8 eurillos de subidas incesantes y vergonzantes de luz, otros 8 eurillos de tener que tirar con una sola pensión de otros miembros de la familia, otros 8 eurillos de prestaciones para cuidados y situaciones de dependencia porque el Gobierno central y las comunidades autónomas se pelean por su financiación. Por muchos tramos que quieran introducir, el sistema actual no está hecho para medir la confluencia de esos cuatro cafés, de esos 8 eurillos que despectivamente calificaba un miembro de su partido, pero que para algunas personas supone no acceder a los medicamentos.

¿Quiere usted actuar sobre los problemas del gasto farmacéutico general? Trabajemos en modificar el modelo de innovación de medicamentos existente a nivel global, y adoptemos criterios de transparencia y de interés público en los medicamentos aprobados en nuestro país, especialmente controlando el gasto farmacéutico hospitalario. ¿Quiere usted actuar sobre los problemas del gasto farmacéutico ambulatorio? Mejore las condiciones en las que trabajan los y las profesionales en la sanidad aumentando los tiempos de consulta para que haya mejores servicios sociales, y no conviertan problemas sociales en médicos ni problemas médicos en sociales. ¿Quiere usted mejorar el acceso de la población a los medicamentos? Pues haga una reforma del copago que camine hacia su eliminación. Nosotras hicimos una propuesta hace unos meses para ir bajando los copagos hasta eliminarlos. Y empiece a actuar sobre la población

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 13

activa de clase social baja y con enfermedades crónicas, que son los que están levantando la mano para decirle a usted que no pueden pagar sus medicamentos. Por cierto, su partido apoyó algunas de las propuestas que hace algunos meses explicamos en esta Comisión. Se las recuerdo para que valore desarrollarlas: crear un listado de medicamentos libres de copago para que la población pueda evitarlo. Reevaluar los medicamentos excluidos en 2012 teniendo en cuenta el coste efectivo y su valor terapéutico. Y sobre todo, evaluar la reforma del copago que introdujeron en 2012, pues ya están hablando de cambiar sin haberse evaluado ustedes mismos.

Señora ministra, da igual que otros países tengan copagos. Usted y la señora Marta Sorlí — a la que ahora no veo — nos lo han explicado muy bien, pero nos da igual que otros países tengan copagos. Lo mismo que nos daba igual que otros países excluyeran a la población inmigrante indocumentada de la sanidad. Ustedes se acuerdan de otros países para restringir derechos e imponer barreras, pero nunca para lograr niveles de recaudación vía impuestos similares a los de esos países con los que se quieren comparar. Financien una sanidad acorde con las necesidades de la población, dejen de sacar de los bolsillos de la gente gastos que se podrían evitar con buenas políticas y gestiones eficientes. Y dejen de meter miedo con la estrategia del globo sonda para ver cómo reacciona la gente. Esta forma de hacer política, la del globo sonda, es muy propia de los Gobiernos de su partido a lo largo de estos años. Se dice y se lee que el anuncio que hizo en la radio era solo una exploración del estado de la cuestión entre la opinión pública. Pues ya ve usted, la cosa está muy mal, incluso peor de lo que ha visto usted o de lo que le cuentan en las semanas que usted lleva de ministra. La sobredosis de recortes practicada conjuntamente por los Gobiernos central y autonómicos, y usted conoce perfectamente nuestra historia común en Cataluña, ha llevado a una situación literalmente insostenible; insostenible para el sistema e insoportable y fatal para los usuarios, para las trabajadoras y trabajadores del sector de la salud y para la ciudadanía. Y a usted no se le ocurre mejor idea que comenzar sus andaduras por el ministerio lanzando un globo sonda.

Para finalizar, permítame que desde el grupo confederal al que represento le pregunte qué tipo de sensibilidad demuestra lanzando esta insinuación que consistiría en arañar unos euros al sector más debilitado, enfermo, necesitado y también solidario con el sostenimiento de las familias; qué correcciones macropresupuestarias supondría esa verdadera calderilla para las cuentas del reino que, en cambio, en cada casa es una cantidad nunca testimonial, sino vital para la supervivencia de las personas mayores, jubiladas o pensionistas, hijos, nietos. ¿Le consta a usted que muchas personas con pensiones vergonzantes tienen que optar entre comprar los medicamentos necesarios que les prescribe su sistema público de salud o dedicar esos euros a la cesta de la compra en la plaza, al recibo de la luz o al recibo del gas? Entre la situación actual y la eliminación completa del copago existen varios pasos que dar. Esto es bien cierto y en ese camino sí que nos va a encontrar. Si por el contrario decide caminar hacia el incremento del peso de los copagos y hacer pequeños ajustes para disfrazarlos de un impuesto progresivo a la enfermedad, allí nos va a tener siempre enfrente.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sibina.

Por último, entre los solicitantes de la comparecencia corresponde el turno al Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. El señor Eritja tiene la palabra.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, señor presidente.

Diputados, diputadas, buenos días. La verdad, señora ministra, es que uno todavía se queda perplejo por su capacidad para liarse, de activar un problema inexistente. Esperamos que a partir de ahora su ministerio trate de intentar solucionar los problemas existentes, en vez de crear problemas nuevos. A juzgar por la retahíla de sus declaraciones del pasado 9 de enero y su comparecencia hoy mismo, uno no sabe si su ministerio va a hacer efectiva la subida del copago, si es un asunto que está o no en la agenda del Gobierno, o si se va a dejar en manos de expertos. Un desaguisado mediático que usted mismo generó y que tiene como perfecto epitafio sus declaraciones del pasado día 10: el copago podría subir, bajar o quedar igual. Vamos que ni sí, ni no, ni todo lo contrario, quizás un globo sonda, como se ha dicho. En todo caso demuestra una falta de sensibilidad social importante.

Ante todo me gustaría discrepar especialmente del concepto de copago que se ha expresado aquí, ya que parece como si el pago para el acceso a los servicios sanitarios y farmacéuticos no fuese ya sufragado previamente por los impuestos de toda la ciudadanía y, por lo tanto, hubiera que pagar para tener acceso a la sanidad de manera equitativa. Eso, señora ministra, se llama repago y consiste en volver a pagar para

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 14

tener acceso a la sanidad a los ciudadanos y ciudadanas que ya han pagado con sus impuestos. Si bien es cierto que el repago farmacéutico ya existe en España, se hace en función de la edad y no de la renta. Un método que, por tanto, ni respeta el pretendido principio de equidad que supuestamente persigue el llamado copago, ni tampoco fomenta la responsabilidad en el consumo de medicamentos. Con sus declaraciones faltas de seriedad y rigor contribuye a situar la frontera de acceso a un servicio público entre los más y los menos privilegiados, como si fuese una decisión técnica, aséptica y gratuita. Quisiera recordarle que otros intentos de introducir esta fórmula ya fueron rechazados, como el euro por receta que se implantó en Cataluña con el apoyo de su partido y la oposición frontal de Esquerra Republicana, ya que la financiación sanitaria es una competencia básica del Estado.

Observamos con preocupación que el Estado se plantee vías de financiación adicional para costear el modelo farmacéutico. Esto deja en evidencia que realmente no está financiando correctamente. La financiación del sistema sanitario se debe hacer con cargo al Fondo de garantía de servicios públicos fundamentales, un fondo solidario cuya finalidad es precisamente asegurar que cada comunidad autónoma reciba los mismos recursos por habitante para financiar los servicios públicos esenciales del Estado de bienestar. Esto nos lleva a pensar que si verdaderamente el Gobierno está preocupado por la calidad del sistema sanitario, cumpliría escrupulosamente con sus compromisos de gasto en vez de cargar a la ciudadanía con el repago de estos servicios. Lamentamos que su Gobierno sea fuerte con los débiles, pero débil con los fuertes. Señora ministra, si su Gobierno cree que el actual modelo es insostenible, ¿por qué en vez de cargar a los pensionistas con esa responsabilidad no opta por una reforma fiscal o por inspecciones fiscales más estrictas en vez de las amnistías del señor Montoro? Pero, claro, resulta que el sistema es insostenible y allí están los y las pensionistas para cargar con esa responsabilidad.

Parece, pues, que su Gobierno se obstina en ir poniendo barreras al acceso sanitario. Primero fue la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, en el que se dinamita el modelo de cobertura sanitaria y de carácter universal del sistema sanitario estatal. Y ahora parece tener un segundo frente a raíz de las sucesivas declaraciones de la ministra de Sanidad en relación con la subida del copago farmacéutico a pensionistas. El modelo europeo de cobertura sanitaria se basa en la premisa de que la atención médica sanitaria nace de esta misma y no de la capacidad de pago de cada individuo, lo que supone sin duda un hito en las conquistas sociales de las clases populares. Así que, señora ministra, queremos hacer constar nuestro estupor por ese desaguisado mediático que usted sola ha generado, y le anunciamos que desde Esquerra Republicana no vamos a ceder ni un milímetro en las conquistas sociales de la clase popular ni ante los intentos de ir recortando cada vez más y poco a poco los servicios públicos elementales.

Muchas gracias.

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

Corresponde intervenir ahora a los grupos no solicitantes de la comparecencia, por orden de menor a mayor comenzamos por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). Tiene la palabra el señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Muchas gracias, señor presidente.

Señora ministra, muchas gracias por su comparecencia y sus palabras. Evidentemente, mi grupo no la solicitó, pero me sumo a ciertas cuestiones que me preocupan a mí, a mi grupo parlamentario, y creo que a los votantes y ciudadanos a los que represento. Yo voy a empezar con algo con lo que han acabado otros compañeros, pues si no es intención del Gobierno cambiar nada, si tal como usted aseguraba en aquellas declaraciones —en las que tampoco ha incidido en su intervención, hemos sido los demás los que hemos tenido que incidir porque usted ha hecho otra serie de afirmaciones— lo que se dice y lo que va a hacer el Gobierno es contradictorio o no casa lo uno con lo otro, si nadie hubiera protestado, si nadie hubiera pedido la comparecencia, si nadie hubiera mostrado desazón, ¿ustedes verdaderamente seguirían diciendo que no tienen intención de cambiar? Esa es mi pregunta. Por tanto, puedo entender que un Gobierno quiera contrastar o ver qué opinan otros grupos políticos o, incluso, la sociedad, pero quizás no sea la mejor forma hacer unas declaraciones para ver qué pasa, después recoger lo que pasa y luego decir que no tenía ninguna intención de cambiar. Me gustaría conocer su verdadera intencionalidad, porque una cosa es el consenso, el diálogo, el intercambio de opiniones entre diferentes grupos políticos, para lo que usted sabe que existen otras vías, incluso para poder tomar la temperatura con la que se respira en torno a este o a otros temas. La vía de hacerlo a través de los medios de comunicación para ver cómo cuela, creo que no es la mejor manera.

En cualquier caso, usted nos ha dado una amplia explicación del Sistema Nacional de Salud español desde sus orígenes, franquistas evidentemente, de cómo ha derivado, dónde estamos en estos momentos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 15

y cuáles son las leyes que hacen que la sanidad funcione en el Estado español. Bien, independientemente de todo ello, hemos llegado al famoso Real Decreto-ley 16/2012. Usted es la única que ha hablado de las bondades del Real Decreto-ley 16/2012. Su grupo parlamentario es el único que lo ha defendido porque fue el que lo propuso, y el que lo sacó adelante con sus únicos votos. Si tan bueno es por qué no convence nunca a nadie de los demás grupos de las bondades de ese real decreto. No sé dónde está el problema. ¿El Partido Popular todavía no se ha dado cuenta de que no convence a ninguno de los grupos de las bondades de ese real decreto? Le diría más, ese real decreto no es sanitario, no lo hizo el Ministerio de Sanidad, es un real decreto del señor Montoro, es un real decreto económico. Y después se revistió de bondades sanitarias algo que tenía un origen puramente económico. Yo no voy a entrar en los datos que usted ha dado porque tampoco manejo la información de que ustedes disponen, pero no sé si pondría la mano en el fuego porque los objetivos recaudatorios que pretendía ese real decreto se hayan cumplido. Se aprobó en una situación de crisis económica en la que el Gobierno tuvo que tomar ciertas medidas, entre ellas las aplicadas al sector sanitario, con un objetivo de ahorro económico. Por lo tanto, todo lo demás fueron después una serie de ornamentos que se sumaron a este real decreto con el objetivo de vestirlo. Esto es algo que se lo he dicho a usted, a su antecesor, a su antecesora, es decir, no nos pilla de nuevas porque es el real decreto por el cual peleamos en la anterior legislatura mi grupo y todos los que estamos aquí, excepto el Grupo Parlamentario Popular.

Como ha dicho una compañera, si aumenta el gasto farmacéutico, el problema después no es quién paga ese exceso de gasto, si la Administración o el usuario, el problema está en atajar el gasto si es que hay que atajarlo. Claro, trasladar el problema al bolsillo del usuario, y dentro del usuario precisamente a los que tienen menos renta, es algo que nosotros no compartimos. Y ello porque seguramente tiene más necesidades de farmacia quien menos tiene, el que no está en posición de poder ganar un sueldo porque es pensionista, precisamente cuando la esperanza de vida y la dependencia es mayor. Las necesidades farmacéuticas, por tanto, son mayores cuando tenemos menores rentas y menor capacidad adquisitiva, es una cuestión piramidal. En ese sentido no podemos cargar sobre quien menos tiene.

No voy a incidir más en ello. Me gustaría que sus palabras de que no tienen ninguna intención de cambiar esto fueran realidad, lo veremos, pero le seguiré diciendo lo mismo, lo que le dijimos hace cuatro años, tres, dos, uno, a usted y a los anteriores ministros; este real decreto no tiene ningún beneficio. Es más, el Gobierno vasco ha tenido que recurrir algunos aspectos y ha tenido que pagar de su bolsillo el acceso universal a la sanidad de determinadas personas que este real decreto impedía. Por tanto, no va a encontrar al PNV en la defensa de este real decreto ni de sus bondades.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señora ministra, bienvenida al alegre mundo de la política sanitaria. ¿Por qué estamos aquí? Estamos aquí por unas declaraciones que simbolizan muy bien lo que decía Michael Ignatieff en *Fuego y cenizas: éxito y fracaso en política*, un libro que le recomiendo leer. Es un político liberal que viene de Harvard, de fuera, hace unas declaraciones nada más empezar su campaña presidencial en Canadá, y se organiza una catástrofe parecida a esta. Y al final llega a la conclusión de que en política las explicaciones siempre llegan tarde, nunca te quejes. Si tienes suerte, tendrás ocasión de vengarte. Esta es su ocasión.

El copago no lo inventó el Partido Popular, esto parece que ha quedado demostrado. El copago es una práctica habitual en la Europa Occidental en los servicios de bienestar, también parece una cosa evidente. ¿Para qué sirve el copago? El copago no sirve para redistribuir la renta. Es decir, aquí se han hecho muchas afirmaciones repetidas, y el objetivo del copago en ningún caso es actuar de Ministerio de Economía, para eso está el Ministerio de Economía y los impuestos. El copago sirve para intentar moderar el consumo. ¿Esta era una necesidad en España? En España llevamos consumiendo más fármacos que en el resto de Europa desde que funciona el Sistema Nacional de Salud. Los datos objetivos son que estamos por encima de la media de la OCDE y, además, está creciendo a buen ritmo. Llegó a crecer más del 30% en diez años, aumentando cada vez más el porcentaje del gasto sanitario respecto al PIB. Yo voy a intentar remitirme solo a los datos objetivos porque ya se ha hecho bastante demagogia esta mañana aquí. Esto es un hecho y ya se tomaron medidas en 2009 y 2010 para intentar reconducir el gasto farmacéutico en nuestro país. Medidas desde mi punto de vista más inteligentes porque estaban dirigidas al principal agente del gasto farmacéutico, del que casi nadie ha hablado aquí, puesto que el que origina

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 16

el gasto farmacéutico es un señor con una bata blanca y un bolígrafo, al que deberíamos dirigir las medidas para controlar el gasto porque, como se ha visto, algunas de las otras medidas no surten efecto.

No quisiera hacer un análisis extenso, pero hay una cosa que está clara y es que, a pesar de lo usted ha dicho, para lo que no sirvió el real decreto fue ni para ganar cohesión, ni para la igualdad de trato, ni para aumentar la equidad. Esto hasta donde sabemos porque sabemos poco, pero sí sabemos que la diferencia de gasto por comunidades sigue existiendo; sí sabemos que la diferencia de gasto en los tratamientos innovadores de los que ha hablado llega al 300% de una comunidad a otra, que no parece un ejemplo paradigmático de equidad. ¿Ha servido entonces para conseguir el objetivo de la medida, para controlar el gasto? Sirvió para una bajada inicial y, como se ha descubierto en análisis posteriores, para que la curva de gasto farmacéutico dejase de ser descendente y empezase a ser ascendente nuevamente. Así está evolucionando el gasto según las publicaciones de la *Revista Española de Salud Pública*. Conseguimos bajar el gasto bruscamente ese año y luego hemos conseguido que vuelva a crecer. ¿Qué es lo que importa? Lo que importa es intentar encontrar las evidencias de qué ha servido la medida y evaluarla. Y esto, como casi siempre en este país, está ausente. No hay una evaluación pública objetiva, con datos, para saber de qué ha servido la medida, cómo ha impactado en las tarjetas sanitarias, cómo ha impactado en la adherencia o no al tratamiento que era de lo que se trataba. Hay dos publicaciones que nos dicen lo mismo que se afirma en el estudio MI FREE en *New England Journal of Medicine* de 2011, y es que el copago afecta a los niveles menores de ingresos. Esto es así y ha sido así en España, se ha duplicado el número de pacientes que dejaban el tratamiento en las tarjetas 3, que es donde se produce el efecto. Esto se ha estudiado en una publicación del Servicio de Farmacología de Castilla-La Mancha, que señala que la incidencia es muy severa en las tarjetas 3. El otro estudio se ha publicado por la Agencia Española de Economía Sanitaria y afirma que, efectivamente, hay datos objetivos de que los pensionistas bajaron su adherencia; sin embargo, parece que actualmente la están recuperando. ¿Ha servido para controlar el gasto? De ninguna manera. ¿Seguimos gastando tratamiento médico de manera desahogada? Sí. ¿Hay algunas cosas que nos van a costar dinero y vidas? Sí. Seguimos siendo el país del mundo que más antibióticos consume. Tenemos una alarma de aumento de resistencias antibióticas, con un consumo desahogado de antibióticos, con el que no hemos hecho nada, que nos va a costar en el año 2050 más vidas que el cáncer. Actualmente en España fallecen más de 2.500 personas por resistencias antibióticas, por el mal uso que se hace de los antibióticos.

¿Qué queremos decir con esto? Que hay que revisar lo que se ha hecho y que una política seria es la que implanta una medida y luego evalúa el resultado. De la evaluación que tenemos del resultado debemos sacar consecuencias: tenemos que hacer algo con las tarjetas tipo 3, con las familias monoparentales, porque al dividirse los ingresos bajan de tramo, con lo cual se produce una situación de inequidad evidente, así como con las familias que tienen dependientes. Nosotros y ustedes —y esto sí que lo quiero desmentir— tenemos en la agenda modificar el copago, porque está en nuestro acuerdo de investidura. Le ruego que comunique al presidente que, efectivamente, sí está en su agenda, porque lo ha firmado con nosotros, bajar estos tramos que hemos dicho y hacer lo que hemos comentado con dependientes y familias monoparentales. Sé que, como muy bien dice Mariano habitualmente, esto es un lío, pero que sea un lío no quiere decir que no haya cosas que hacer. Le pido por favor que se manifieste sobre la intención del Gobierno de cumplir el acuerdo o no en los términos en los que presentamos ayer por la tarde una proposición no de ley para adecuar el copago a lo planteado en el acuerdo de investidura entre Ciudadanos y el Partido Popular.

Nada más. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Moreno.

El señor **MORENO PALANQUES**: Muchas gracias, señor presidente.

Bienvenida, señora ministra, una vez más. Como siga así, probablemente no podrá trabajar en el ministerio, porque creo que es la ministra que más veces ha acudido a este Parlamento. Ya sé que le gusta, pero tendremos que dejarla trabajar.

Han hablado de reformas. Ya que hablamos de copago sanitario, hablaremos también de reformas, que, por cierto, señor Agirretxea, es conveniente hacerlo, porque los 6.500 millones que se han ahorrado no se los queda el señor Montoro, se los quedan los sistemas, sus consejeros de Sanidad —pregúnteles a ellos—; es una forma de meter más dinero en un sistema que nos beneficia a todos. Hacía más de treinta y dos años, ya lo ha dicho la ministra, que no se había modificado el sistema de copago —se hizo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 17

en el año 2012— y convenía darle una vuelta. Lo que aquí se propone por la mayoría —no por todos, pero sí por la mayoría— es lo siguiente: distingamos entre pensionistas y activos. Yo les digo que cualquiera de ustedes, si está suficiente tiempo en esta Cámara, se jubilará con 2.567 euros, a precio de hoy, y 14 pagas al año; y alguno que ha sido exdiputado, aunque ya ha renunciado a sus derechos mediante una carta al señor Schulz, a alguna pensión del Europarlamento no se puede renunciar —eso no es una pensión, es una repensión—, pretende que no se pague absolutamente nada por los medicamentos, mientras que alguien que trabaja por 900 euros al mes, que tiene cuatro hijos y paga una hipoteca, tiene que pagar un 40%. Ese era el sistema antes del año 2012. Parece lógico que lo que estuviera buscando ese sistema fuera que pagara más el que más tuviera y menos el que menos tuviera, y si aún tuvieran menos, que no pagaran nada. Ese es el objetivo. Yo creía que era un principio general que soportaba todo el mundo, pero es obvio que era retórica.

Todos los grupos parlamentarios en esta Cámara, básicamente todos, han planteado que se modifiquen los tramos. Aquí hubo una subcomisión de Sanidad —ya no queda nadie de la X Legislatura, salvo el señor Cantó, que defendía entonces a UPyD y yo— y CiU, PNV y PSOE plantearon modificar los tramos de copago, y se hizo, en honor a la verdad, para hacerlo más accesible si hubiera sido posible. No nos pusimos de acuerdo y en los 28 puntos por la sostenibilidad del sistema sanitario no figuró este planteamiento, lo que no quiere decir que no podamos discutirlo, porque probablemente debamos hacerlo. Podemos presentar una PNL en el Pleno en la legislatura anterior en la que figuraban cinco grupos para los activos, algunos subiendo el copago, y el señor Igea ha dicho que ayer presentaron una PNL para modificar los tramos. Según el barómetro sanitario de 2015 el 30% de la población dice que esos tramos habría que modificarlos para hacerlos más adecuados al nivel de renta. Lo que dijo la ministra fue: Si este es un problema, yo estoy dispuesta a escucharles, cuando podría haber dicho: De esto no quiero ni hablar. De hecho, si en esta Cámara hay un acuerdo general, con acuerdo con Ciudadanos o sin él, que va a favor de la sostenibilidad, a mejorar la equidad para el ciudadano, debería hacerse.

Hablamos de accesibilidad. ¿Saben lo que abonan por copago los pensionistas por término medio? Al mes, 3,6 euros. Esa es la cifra que aportan. El señor Iglesias dijo el otro día, y alguien lo ha repetido aquí, que los pensionistas no pagaban. Dijo: Es que ustedes han introducido el copago para los pensionistas. ¿Saben lo que son los pensionistas de clases pasivas? La señora ministra ha dicho que pagan el 30% de los medicamentos; lo han pagado siempre y lo siguen pagando ahora. ¿Saben lo que consumen en recetas los pensionistas del régimen general? El 20% de la población, que son esos pensionistas del régimen general, acumulan el 70% de las recetas. ¿Saben el consumo que tienen los pensionistas de clases pasivas? Tradicionalmente, un 40% menos; siempre lo han tenido. ¿Esto quiere decir que los pensionistas de clases pasivas, los funcionarios que se han retirado, están menos enfermos que los demás? Porque si es así, tendremos que aprender qué es lo que hace la Administración General del Estado con sus funcionarios, por si debemos tratar a todo el mundo exactamente igual. Alguna idea hay sobre esto. Esto no tiene un efecto recaudatorio, lo ha dicho el señor Igea y tiene razón. Esto tiene un efecto racionalizador de un bien público. Esa es la realidad. El sistema anterior favorecía un fraude, ya que más de 200.000 personas que estaban en activo figuraban como beneficiarios de pensionistas para no pagar nada. Obviamente, no era cuestión de renta. Se ponían en ese lado de la barrera y no pagaban nada.

Hay que pensar en las cifras que ha dado la ministra: todos los años se descartaban 45 millones de envases sin abrir; 3.700 toneladas, 1.200 millones de euros. ¿A quién creen que beneficiaba eso? ¿A los pacientes? ¿A la industria farmacéutica! ¡Es que estaba encantada! ¡Y mira que es colaboradora la industria farmacéutica! La industria está encantada de que se siga prescribiendo y de que la gente, sin consumir esos medicamentos, los eche a la basura. El Sigre es lo que conocemos, pero imaginemos lo que se va directamente a la basura y lo que está en los cajones de toda la población española, incluida mi casa. ¿Por este efecto ha habido una disminución de los envases que se eliminaban sin abrir? Sin duda. Que el Sigre recoja más no significa que eso no esté funcionando, porque ha habido una disminución del 33%.

La señora Sorlí decía algo que se ha hecho en la Comunidad Valenciana que es interesantísimo. La Comunidad Valenciana ha dicho: En el primer tramo de 0 a 18.000 euros los pensionistas no van a pagar, lo vamos a bonificar. Y dicen: Hemos bajado el abandono en tratamientos médicos un 30%. Ha enseñado la gráfica y no ha hecho más alusión al tema. Usted sabe, porque conoce los datos tan bien como yo, puesto que los ha publicado la Generalitat valenciana, que los que abandonaban el tratamiento antes de esa medida del Gobierno valenciano eran 300.000 pensionistas y que lo han bajado a 98.000. ¿Me quiere decir que pagando cero euros por medicación, ya ni los 3,6, hay pensionistas que han abandonado el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 18

tratamiento? ¿Me quieren decir que es un problema de accesibilidad? Analicen el punto. Me parece que ese no es un problema de accesibilidad.

Ha hecho alusión a la retirada de medicamentos. El primer medicamento que se hizo en este país lo hizo la ministra Ángeles Amador. Fue en el año 1993 y fue un auténtico escándalo. Después se han ido retirando otros. El señor Igea conoce muchos de esos medicamentos. Uno llega a la consulta y dice: Déme algo y le dan un mejorador de la actividad cerebral, que se ha demostrado que no servía para nada. Esa medicación ha salido, claro que sí; algún ibuprofeno ha salido, sin duda, y todavía hay fórmulas que están incluidas en la financiación. Pero esa retirada de medicamentos tiene un sentido, y la ministra ha hecho hincapié en él, que es que hay innovadores que son importantes y que la gente no puede pagar. Por cierto, hablando de crónicos, tengo que decir que los crónicos tienen una aportación reducida, un 10%, 4 euros como mucho. Hay medicación que cuesta 35.000 euros al año por la que el paciente paga 12 euros anuales. Tenemos que hablar con rigor. Señor Igea, no está previsto en la agenda del Gobierno como tal. Si todo el mundo se pone de acuerdo, habrá que hablar de ello, pero no está previsto como agenda propia del Partido Popular. No lo está.

Este sistema, o lo cuidamos entre todos o no va a ser sistema. Al acabar su intervención, la ministra ha dicho: Un sistema de protección que no lo es a quien perjudica es al que menos tiene. El rico se podrá buscar la vida, pero al que solo tiene al Estado detrás es al que le interesa la sostenibilidad de este sistema, que somos la mayoría de los que estamos aquí. Por eso es por lo que vamos a seguir trabajando, por esa sostenibilidad y por esa equidad.

Señora ministra, a usted la han hecho venir aquí. Estas preguntas se las podían haber hecho en el Senado el otro día, pero no se las hicieron. Probablemente hay muchos grupos que tienen muchos problemas de división interna y es muy fácil engancharse a determinados banderines —eso lo entiendo, en política funciona—, pero, evidentemente, no es lo que le interesa al ciudadano y, desde luego, no es lo que le interesa al sistema de este país.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Moreno.

Para responder a las cuestiones formuladas, tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD** (Montserrat Montserrat): Gracias, señor presidente.

Señorías, en primer lugar, quiero agradecerles todas las aportaciones y opiniones expresadas en sus intervenciones. Desde el primer día que llegué a este ministerio, tanto en los actos públicos como en las reuniones que he mantenido con los representantes de los distintos sectores sanitarios, así como en las cuatro comparecencias que he hecho a petición propia en las Cortes Generales, he repetido siempre la misma palabra: diálogo. Esta legislatura es una oportunidad que nos han brindado los españoles para que dialoguemos con rigor, con serenidad y pactemos en su beneficio, porque los grandes beneficiados del diálogo siempre son los españoles. Por ello, tenemos que poner todo lo que esté en nuestras manos para trabajar con rigor, y mediante el diálogo lograr acuerdos que sirvan para mantener el Estado del bienestar en los estándares actuales.

En mi primera intervención he querido hacer una exposición extensa para explicarles de dónde venimos a través de una descripción histórico-legal de las distintas normativas que han ido conformando nuestro sistema nacional tal y como hoy lo conocemos. Además, les he dicho en qué punto estamos y he aportado una comparativa con los países de nuestro entorno —a algunos no les ha gustado, pero es un dato objetivo y es la realidad—, y de forma específica les he hablado del sistema de financiación y del sistema de pago de medicamentos. ¿Por qué les he dado esta explicación? Porque es importante que valoremos lo que tenemos. Sinceramente, tenemos un gran Sistema Nacional de Salud, valorado muy positivamente en el mundo entero, y debemos que estar orgullosos de él. El Sistema Nacional de Salud forma parte de nuestra marca España. Muchos países se inspiran en nuestro modelo de gestión, por ejemplo, en el de la compra centralizada de medicamentos o de vacunas, que es una bondad, ya que en los últimos años nos hemos ahorrado 258 millones de euros. De igual modo, en el ámbito de la donación y el trasplante de órganos somos líderes, no solo europeos, sino mundiales, desde hace veinticinco años, con un registro de 43,4 donantes por cada millón de personas y un total de 218 donantes y 4.018 trasplantes en el año 2016. Esto lo hemos conseguido todos, pero, sobre todo, gracias a la solidaridad de la sociedad española y de sus familiares. También en el ámbito de las redes europeas de referencias, reguladas en la Directiva europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, donde España cuenta con 42 unidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 19

sustentadas en los centros, servicios y unidades de referencia. Además, somos líderes en la calidad, la seguridad, la eficacia y la correcta información de los medicamentos, así como en la farmacovigilancia y en el control de los ensayos clínicos —en el año 2016, 791 ensayos nuevos realizados— gracias a la actividad desarrollada desde 1997 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que es puntera en Europa y un referente para Iberoamérica. En el ámbito de la prevención de la fragilidad lideramos una acción conjunta de la Unión Europea en la que participan 22 países europeos para desarrollar la detección precoz de esta etapa previa a la dependencia y favorecer la prevención y un abordaje integral y transversal. La Unión Europea nos ha dado 3,5 millones de euros para desarrollar durante dos años este plan.

El Sistema Nacional de Salud es un logro construido conjuntamente por toda la sociedad, pacientes, profesionales, sociedad científica, sindicatos, partidos políticos, por todos, y tenemos muchos retos a los que hacer frente, como ya he explicado en todas mis comparecencias. La calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud ha hecho que nuestra esperanza de vida sea la segunda mayor del mundo, y esta es la gran revolución de España del pasado siglo y del principio de este, aunque también tendremos que hacer frente a las consecuencias de nuestra mayor longevidad, ya que esta se traduce en una mayor cronicidad y en un aumento de los casos de pluripatologías. Por eso, estamos trabajando para garantizar que el sistema continúe siendo sostenible, equitativo, solidario y de calidad. Todo esto supone una parte importante del reto demográfico que repercute en el mantenimiento de los pilares del Estado del bienestar. Les he dicho antes que en España casi 9 millones de personas tienen más de sesenta y cinco años y en 2050 esta cifra aumentará hasta llegar a más de 16 millones, lo que significará que más de la tercera parte de los residentes en España superará en el año 2050 los sesenta y cinco años. Les diré más, en la actualidad tenemos aproximadamente entre 14.000 y 15.000 personas mayores de cien años, pero en 2050 está previsto que en nuestro país haya entre 300.000 y 400.000 personas con más de cien años de vida. Estamos perdiendo población por los efectos de una baja tasa de natalidad y el proceso de envejecimiento. Hoy son 10 las comunidades autónomas con saldo vegetativo negativo y, por primera vez en muchos años, en 2015 en España ha sido mayor el número de defunciones que el de nacimientos. Las proyecciones demográficas plantean un descenso ininterrumpido de población, pronosticándose una pérdida de más de medio millón de habitantes en 2031, que serán más de 5 millones de habitantes perdidos en 2066, más del 11% de la población actual. Estos retos no son exclusivamente nuestros, sino que son compartidos por todos los países de nuestro entorno. Ante estos retos podemos actuar de dos formas: no haciendo nada o trabajando juntos, desde el diálogo, con serenidad, para acordar soluciones. Yo siempre apuesto por el diálogo, porque los grandes avances surgen siempre de los grandes acuerdos.

Ninguno de ustedes ha mencionado, y me ha sorprendido, el gran acuerdo de este inicio de legislatura, que fue la Conferencia de Presidentes, en la que estuvo el presidente Rajoy junto con los presidentes de las comunidades autónomas; presidentes de diferentes colores políticos representados en esa sala. En esa reunión se debatió sobre los grandes retos que tenemos en España y se llegó a grandes acuerdos para mantener nuestro Estado del bienestar. Uno de los grandes acuerdos fue justamente el reto demográfico. En las cuatro comparecencias que he tenido en las Cortes siempre he hablado del gran reto demográfico que tenemos por delante en España, y antes he dado unos datos sobre esta cuestión. ¿Qué se acordó en la Conferencia de Presidentes, en la que estuvieron el presidente Rajoy y los presidentes autonómicos de diferentes grupos políticos? Que el Gobierno de España elaborara y desarrollara, contando con la colaboración de las comunidades autónomas, de las ciudades con estatuto de autonomía y de las entidades locales, una estrategia nacional frente al reto demográfico; una estrategia de naturaleza global y transversal que dé una respuesta conjunta y de futuro para paliar el problema que supone el progresivo envejecimiento poblacional, el despoblamiento territorial y los efectos de la población flotante. En dicha estrategia, que deberá estar aprobada en este año 2017, tendrán que ser consideradas las conclusiones de la ponencia de estudio para la adopción de medidas sobre la despoblación rural en España, creada en el seno de la Comisión de Entidades Locales del Senado. También se tendrán en cuenta las recomendaciones de la Comisión especial de estudio del Senado sobre las medidas a desarrollar para evitar la despoblación de las zonas de montaña. De igual forma, se tendrán que considerar las propuestas que surjan de la Comisión especial de estudio sobre la evolución demográfica. Finalmente, también se tendrán en cuenta los trabajos del foro de regiones españolas con desafíos demográficos y el dictamen del pleno del Comité de las Regiones, así como todas las recomendaciones que puedan realizar las distintas administraciones autonómicas. El presidente Rajoy y todos los presidentes de las comunidades autónomas, de todos los partidos políticos, tuvieron claro que para preservar el Estado del bienestar de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 20

las próximas décadas debía afrontarse el reto demográfico, impulsando políticas que garanticen la sostenibilidad y el mantenimiento de nuestro sistema sanitario.

Uno de los grandes temas tratados en la Conferencia de Presidentes, que afecta a esta Comisión y al ministerio al que represento, fue la financiación del gasto público en sanidad y dependencia, temas que siempre preocupan a todos los partidos políticos y a toda la sociedad. Más del 70% de nuestro presupuesto va destinado a políticas sociales. El gasto en pensiones es del 28% y el de sanidad del 14%. Es decir, dedicamos el 42% del gasto público español solo a pensiones y a sanidad. Respecto a la financiación de la dependencia, se acordó la creación de una comisión independiente para analizar la situación actual, la sostenibilidad y la financiación de la dependencia. En cuanto a la sanidad, se hizo hincapié en que el gasto sanitario constituía el componente que consumía más recursos en el presupuesto de las comunidades autónomas. Por ese motivo se analizará su evolución, su coste y la forma de hacer sostenible el sistema aumentando su calidad. Estos son acuerdos. Un gran avance de este inicio de legislatura es la Conferencia de Presidentes, en la que estaban representados todos los partidos políticos a través de sus presidentes autonómicos; por tanto, estábamos representados todos los españoles.

Refiriéndome a lo que ha dicho la señora Sibina, en la Conferencia de Presidentes se ha llegado a un acuerdo en empleo público. Otro de los temas tratado en la conferencia fue justamente el empleo público. En esta conferencia se acordó realizar un análisis de las necesidades particulares del sector sanitario. Respecto al personal sanitario, se acordó adoptar las decisiones necesarias en materia de tasa de reposición para garantizar un fortalecimiento equilibrado y sostenible de los efectivos, y además se buscarán fórmulas que permitan reforzar la estabilidad de las plantillas para garantizar servicios públicos de mayor calidad y financieramente sostenibles. Todo ello, en colaboración con el resto de administraciones públicas y dentro de los límites y reglas de gasto establecidos. Así pues, este es un gran acuerdo entre el Gobierno y las comunidades autónomas que tiene en cuenta los retos para preservar el sistema del bienestar y, muy especialmente, el Sistema Nacional de Salud; en definitiva, un gran acuerdo fruto del diálogo constructivo.

Algunos de ustedes también han citado a los pensionistas y han puesto en duda que este Gobierno se preocupe por ellos. Déjenme decirles que a este Gobierno no solo le preocupa la situación de los pensionistas, sino que también nos ocupamos de ellos. Mientras unos se dedicaban a congelar las pensiones, ha sido un Gobierno del Partido Popular el que ha garantizado por ley que se incrementaran. Señora Sibina, le digo más. A día de hoy estamos ingresando en las arcas públicas 20.000 millones de euros menos que en 2007, cuando ahora estamos pagando en pensiones 40.000 millones de euros más que el año 2007 —hemos logrado más pensiones con menos ingresos, lo que demuestra que los pensionistas son la prioridad de este Gobierno—, y tal y como anunció la ministra Báñez, la tasa de riesgo de pobreza de los pensionistas mayores de sesenta y cinco años en España se ha reducido a la mitad desde el año 2011 al pasar del 23,2% al 11,4%, es decir, 11,8 puntos menos. Además, si en el año 2008 los jubilados percibían la renta mediana más baja, 12.000 euros, siete años después están en el mismo nivel que los adultos de mediana edad, con 13.500 euros. Por tanto, le reitero que para este Gobierno los pensionistas son una prioridad. La gran política social es la creación de empleo, y es la mejor política para el mantenimiento del Estado del bienestar.

Tal como les he dicho, la Conferencia de Presidentes fue un gran acuerdo entre el Gobierno y las comunidades autónomas, y en esta línea de acuerdo recogí el guante lanzado en el Senado hace dos semanas por los portavoces de los grupos parlamentarios Socialista y Popular para lograr un gran pacto de Estado por la sanidad. Les emplazo a que se sumen a este gran acuerdo que dio su primer paso la semana pasada en el Senado mediante una moción aprobada por amplia mayoría. Este compromiso del Gobierno con la sanidad y con el Estado del bienestar también se concreta en la ayuda financiera del Estado a las comunidades autónomas. Desde el año 2012 a noviembre de 2016, esta ayuda, el Plan de proveedores, ha ascendido a 172.374 millones de euros; el 70% se ha destinado a servicios esenciales como sanidad, educación y servicios sociales. El ahorro de pago de intereses de la deuda para las comunidades autónomas fue de 7.097 millones de euros. Los días 22 y 23 de diciembre de 2016 se destinaron 4.548 millones de euros adicionales a las comunidades autónomas: 1.638 millones de euros por las desviaciones del objetivo de déficit del ejercicio 2015 y 2.909 millones de euros para financiar la ampliación del objetivo de déficit del 0,3 al 0,7 del PIB regional del ejercicio 2016. En el marco de esta ayuda financiera —esto se lo quiero decir al señor Campuzano— del Estado, algunas comunidades, como es el caso de Cataluña, han podido pagar la deuda que mantenían con las farmacias de sus respectivos ámbitos territoriales. Estoy convencidísima de que el farmacéutico con el que habló el señor Campuzano

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 21

hace escasos días le dijo que gracias al FLA y al Plan de proveedores los farmacéuticos en Cataluña están cobrando. Es la primera vez en la historia de la democracia que se constituye una herramienta tan importante de financiación directa a las comunidades autónomas para garantizar el Estado del bienestar. Este es el compromiso de este Gobierno con las personas y con el Estado del bienestar. Esta es otra demostración de esta gran herramienta que hemos puesto en marcha para financiar a las comunidades autónomas, en definitiva, a las personas y el Estado del bienestar.

Algunos de ustedes me han hablado de la adherencia terapéutica y la relación con el copago. Lo cierto es que no existen informes fiables que digan que la adherencia, los tratamientos de los pensionistas hayan disminuido con la reforma del sistema de copago farmacéutico. Hay diferentes motivos por los que una persona puede no comenzar o abandonar un tratamiento. En España, los motivos económicos no son una causa habitual de falta de adherencia al tratamiento; de hecho, según los últimos datos de la OCDE, España es uno de los tres países donde menos personas alegan problemas económicos para acceder a los tratamientos farmacéuticos, solo estamos detrás de Suecia y Reino Unido. Mejorar la adherencia a los tratamientos es una prioridad para el Ministerio de Sanidad, y así se contempla en la estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 que aún está vigente. Esto no es incompatible con el actual sistema de pago de los medicamentos farmacéuticos, que ha demostrado ser más justo y eficiente que el anterior. Por tanto, el Gobierno de España continúa mejorando la adherencia a través de esta estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud.

Algunos de ustedes han criticado el sistema de pago por medicamentos. Quiero dejar patente mi firme compromiso en la defensa, en la preservación, en la solvencia y en la solidez de nuestro modelo asistencial. Deseo constatar que la prestación farmacéutica es un componente esencial del sistema desde la perspectiva de la salud, pero también desde el punto de vista de la sostenibilidad. Y quiero poner en valor los principios básicos del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones, que ha hecho posible el cambio de un modelo de aportación en el pago de los medicamentos sustentado en la edad a otro basado en la renta; es decir, un sistema más justo, proporcional, equitativo y solidario. Además, el real decreto-ley ha posibilitado, como les he comentado, un aumento del 48% en el consumo de medicamentos genéricos, la reducción de la acumulación de envases sin utilizar en los hogares y, entre otros avances, un ahorro superior a los 6.600 millones de euros, que revierten directamente en nuestro Sistema Nacional de Salud para favorecer su sostenibilidad. El sistema de pago por medicamentos ha supuesto ventajas en el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, aunque algunos de ustedes lo critiquen. En el primer barómetro sanitario, inmediatamente posterior a la implementación del nuevo modelo, el 58,3% de los participantes consideró que el nuevo sistema contribuía a evitar que se acumulasen medicinas en los domicilios, y este porcentaje se vio incrementado hasta el 60,8% en el año 2014.

Consecuencia de todo ello es que disfrutamos de un Sistema Nacional de Salud que es un activo de la marca España en la promoción y proyección de una imagen positiva de nuestro país en todo el mundo. Un Sistema Nacional de Salud que es reconocido internacionalmente, como hemos visto hace pocas semanas, por Bloomberg, que nos sitúa en tercera posición en su ranking en términos de eficiencia, pero es que nos sitúa los primeros de todo el mundo como sistema nacional público. No tiremos piedras sobre nuestro propio tejado cuando desde fuera nos están diciendo el gran Sistema Nacional de Salud que tenemos. El Sistema Nacional de Salud también está reconocido por la Organización de las Naciones Unidas, que de 188 países nos sitúa en séptima posición en cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos. Creo que Naciones Unidas no es uno cualquiera, es una gran organización con gran credibilidad y legitimación para valorar los sistemas nacionales de salud. Nosotros defendemos este sistema, porque defendemos la equidad, la universalidad y la solvencia que representa. Antes lo he dicho también, porque el día que un sistema nacional de salud no fuera sostenible no les quepa ninguna duda que los primeros y los más perjudicados serán los que menos tienen, los más vulnerables. Por tanto, tenemos que preservar nuestro sistema y su sostenibilidad. Muchísimas gracias, estoy a la espera de sus intervenciones. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora ministra, por sus palabras.

Ahora es el turno de réplica de los grupos en el mismo orden que han intervenido anteriormente. Tiene la palabra la señora Sorlí, por el Grupo Mixto. Tienen tres minutos cada grupo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 22

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Gracias, intentaré adaptarme.

Primeramente quiero contestarle al señor Moreno que del gráfico que él ha enseñado él interpreta que eso es aleatorio, que el hecho de que casi 100.000 personas menos en 2016 dejen sus tratamientos no tiene absolutamente ninguna relación con que desde el Gobierno valenciano se esté invirtiendo 40 millones de euros en conseguir esto. Nosotros creemos de verdad que esto demuestra que cuando hace falta 3 euros y hay que elegir entre comprar comida o pagar medicamentos, se elige comprar comida y no pagar medicamentos. Por eso ahora hay menos personas que dejan los tratamientos médicos en el País Valencià. Hablando de datos, la pensión media en el Estado español es entorno a 1.200 euros para los hombres y entorno a 750 para las mujeres. La pensión media del Estado español es baja. Estamos hablando de que la media de la pensión se engloba dentro de ese margen de menos de 18.000 euros que desde el Govern del Botànic estamos supliendo el gasto farmacéutico. Esto es lo que tenemos que atajar y realmente tenemos que atender. Tenemos que atender a la mayoría de las personas, no tenemos que estar pensando tanto en beneficiar a unas pocas personas y más en beneficiar a estas personas que no llegan a 18.000 euros al año, que cobran, en el mejor de los casos, no llega a 1.200 euros, pero en el caso de las mujeres estamos hablando de 750 euros al mes y que de ahí tienen que sacar para pagar facturas de la luz abusivas y medicamentos con repago, porque repito se pagan dos veces. No estamos hablando de un copago, estamos hablando de un repago. Por último, simplemente decir que se han nombrado datos de otros sistemas públicos de salud en los cuáles se está haciendo algún tipo de copago o de repago, pero me gustaría incidir en que estamos hablando de sistemas de salud en los que el salario mínimo interprofesional es de 1.500 o hasta 2.000 euros al mes. No podemos compararnos con un Estado donde el salario mínimo interprofesional en este año que se ha subido un poco estamos hablando entorno a 700 euros al mes. Estamos hablando de menos de la mitad. No podemos comparar el gasto que pueda asumir una persona con un salario mínimo interprofesional del doble con el gasto que pueda asumir una persona con 700 euros al mes o como hablaba antes de la media de las pensiones con 750 euros al mes en el caso de las mujeres. Estamos hablando de la media, faltaría ver todas las personas que viven con menos de esos 750 euros al mes.

Para acabar, simplemente quiero decir que tenemos claro que el sistema de salud español es un buen sistema de salud y lo que queremos es que se proteja y que se mantenga y que no se ataque a ese sistema y a esos derechos fundamentales que se han adquirido con mucha lucha y con mucho sudor de muchas personas, por eso queremos que se mantenga ese copago como estaba en un principio, esa progresividad, y que se contempla en el Pacto de Toledo que reconoció, por ejemplo, derechos como este a que las personas jubiladas una vez pagados sus impuestos durante toda su vida laboral tengan un bienestar y una tranquilidad al final de sus vidas. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sorlí.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Alconchel tiene la palabra.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señora ministra, usted ha dicho que ningún partido se ha opuesto en su esencia al sistema que está defendiendo. Quisiera recordarle que casi todo el mundo se ha opuesto. No ha habido diálogo ni consenso y que precisamente el Grupo Parlamentario Socialista ha pedido la derogación del Real Decreto 16/2012 y que no vamos a apoyar ni hemos apoyado nunca medidas injustas de incremento del copago farmacéutico afectando a un colectivo tan castigado por la crisis económica como es el de los pensionistas. Ha dicho usted en su segunda intervención que el Gobierno se preocupa de los pensionistas y le vamos a recordar que han sido los pensionistas quienes se han echado a sus hombros el sostén económico de su familia cuando han pasado grandes dificultades. Además con la inflación disparada al 1,5% en diciembre, los pensionistas que usted dice que defienden han visto perder su poder adquisitivo desde 2012 por primera vez. Es decir, que no solo el Gobierno no está garantizando el poder adquisitivo de nuestros pensionistas, sino que además ahora —y usted lo ha dejado caer y no es capaz de negarlo después de esta comparecencia donde nos ha hablado de todo menos del tema que la trae hoy aquí— no queremos que los pensionistas paguen aún más por su medicamento.

Señora ministra, los pensionistas han recibido una carta donde el Gobierno le anuncia una subida del 0,25% de sus pensiones. Es decir, que el Gobierno gasta más en el envío de la carta que en los pocos céntimos de subida que les están anunciando a los pensionistas. Mientras tanto usted misma firma con farmaindustria la subida del PIB en 2016 para los laboratorios farmacéuticos. Desde el Grupo Parlamentario Socialista le vamos a hacer una serie de requerimientos, porque entendemos que el sistema que ha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 23

planteado y que está ahora mismo en vigor es injusto, es ineficaz, es peligroso, porque sí afecta a la adherencia terapéutica y es innecesario. Le pedimos que derogue el Real Decreto 16/2012 y que se empiece hablar ya de la sensibilidad a los medicamentos por parte de la población de rentas más bajas. Encargue una evaluación urgente sobre el acceso a los medicamentos por razones económicas en España. Como ya le pidió esta Comisión a su Gobierno en la anterior legislatura. Levanten mientras tanto todos los recursos que tienen planteados con las comunidades autónomas, que están haciendo justo lo que le pide la defensora del pueblo. Como, por ejemplo, establecer subvenciones para los colectivos de menos renta, como está haciendo Valencia, el País Vasco y Navarra. Por cierto, todos por iniciativa del Partido Socialista. Tome ejemplo de Andalucía y pare ya con los recursos contra la selección de precios que hace la Junta de Andalucía y que está siendo avalada por el Tribunal Constitucional.

Para resumir y concluir, mientras siga en la defensa de su sistema y de ese sistema injusto, insolidario, ineficaz, peligroso e innecesario no contará con el apoyo del Grupo Parlamentario Socialista. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Alconchel.

Por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero responderle al señor Moreno que aquí tengo la PNL que presentamos nosotros y si se la puede volver a leer, porque no dice exactamente lo que ha dicho usted. Lo que ha dicho usted es falso. Voy a decir el número para que conste en el «Diario de Sesiones» y para que se la lean los señores y señoras del Grupo Popular que van diciendo falsedades por ahí sobre esta PNL. El número es el 161/000464 de la legislatura pasada. Esto para empezar.

A usted, señora ministra, está claro que el copago no se lo ha inventado el Partido Popular pero sí que crearon el copago pensionista. Esto es así. Otra cosa. Puede hablar las bondades que usted quiera del decretazo 16/2012, ningún otro partido lo compra, ya lo han dicho, pero ya no solo ningún otro partido, sino que la sociedad civil se organiza y sale en masa a la calle a decir que basta y que de este decretazo nada. O sea que solo le ven las bondades ustedes y nadie más. Sigo, y que hable además de este decretazo 16/2012 y que diga que es garante de la universalidad, esto tampoco es verdad y hay que decirlo así de claro. El Real Decreto 16/2012 y universalidad va a ser que no. Más cosas. Ha dicho usted: Hemos logrado más pensiones con menos ingresos. ¿Cómo? Vaciando la hucha de las pensiones y poniendo en grave riesgo el sistema. Así lo han hecho. Usted ha dicho, si no, corríjame, que a pesar de la crisis el Gobierno del Partido Popular mantuvo el gasto en sanidad. Esto tampoco es cierto. Creo que lo ha dicho y no es cierto. Ha dicho otra cosa, que Naciones Unidas es una entidad de la que fiarse mucho y con reconocimiento, prestigio y fiabilidad —creo que estas han sido sus palabras—, pues el Comité para la eliminación de la discriminación racial de la organización de Naciones Unidas dio un toque al Gobierno español en mayo de 2016 por restringir el acceso a su sanidad pública a los inmigrantes sin papeles a raíz del decretazo 16/2012. Como siempre solo hacen caso a los de afuera para restringir nunca para ampliar derechos. Sobre lo de Bloomberg que se lo repase un poco, porque el prestigio de este ranquin es nulo y más con las comparaciones que ha hecho de gasto sanitario y de esperanza de vida. Repáselo porque este ranking no nos sirve.

Para terminar, volver a decir que nosotros seguiremos insistiendo en eliminar por completo el copago en las barreras que se interpongan al acceso al medicamento por parte de la población y que así es como intentaremos trabajar desde esta Comisión, además pidiendo que se cree una subcomisión de acceso al medicamento, evaluar qué está pasando con la industria farmacéutica y, en definitiva, todo esto: trabajar para eliminar el copago. Gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sibina.

Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, señor Eritja tiene la palabra.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Gracias, señor presidente.

El derecho a la salud de la ciudadanía emana de un principio de equidad y universalidad que solamente puede garantizarse si se preserva la calidad del servicio y, por tanto, se cumple escrupulosamente con la financiación. Una competencia básica del Estado. Vuelvo a repetir. Da la sensación de que parecen obstinados en ir limitando el acceso sanitario igualitario al conjunto de la ciudadanía y es curioso cómo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 24

aplican ustedes el principio de subsidiariedad para socializar la pérdida de terceros, sobre todo en el campo de la contratación pública y en cambio no se aplica a la ciudadanía en un caso como el gasto farmacéutico. Cargar el esfuerzo del gasto farmacéutico a un grupo de edad rompe claramente el principio de equidad y contribuye a estigmatizar sobre todo aquel grupo dentro de este mismo grupo, que tiene un alto grado de cronicidad y también de dependencia. Ya no es simplemente el gasto farmacéutico, sino que detrás hay otros gastos que inciden sobre su renta.

Señora ministra, deje de inventar fórmulas de refinanciación de modelos farmacéutico que pueda acabar afectando los principios emanados del artículo 43 y cumpla escrupulosamente con sus compromisos de gastos en vez de cargar al ciudadano mediante el repago de estos servicios. Por otro lado, utilizar los medios de comunicación y hacer declaraciones unilaterales en modo sonda, sin tener un consenso previo, ya no de los grupos parlamentarios, sino incluso del propio sector, no es la mejor manera de iniciar lo que sería un pacto de Estado de la sanidad. Al final me remito a decir que no es este el camino que debería usted seguir. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Eritja.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), señor Agirretxea tiene la palabra.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias, señor presidente.

Intervengo muy brevemente. Le voy a contestar más al portavoz del Grupo Popular que a usted. Dos principios básicos para empezar, no es un sistema gratuito. Es decir, un sistema gratuito sería si yo tuviera todos esos servicios y no pagara impuestos. Ese es un sistema gratuito. Es un sistema en el cual hemos tenido un contrato social que hemos establecido que el ciudadano paga unos impuestos y delega en el Estado, en la administración competente que sea, una serie de servicios a cambio. En este sentido ya estamos pagando la sanidad. Estamos pagando la sanidad, la educación y las carreteras con nuestros impuestos. Otra cosa es como si en este caso por entrar en una plaza me cobraran a mí, porque también es un servicio que lo da la administración. Si tengo o no dos euros para pagar cada vez que voy al médico. Claro que los tengo y cinco también si hace falta, señor Moreno. El tema no es si tengo o no, sino cómo se hace para que yo que tengo más y otro que tiene menos tengamos el mismo servicio, porque lo delegamos por medio de nuestros impuestos. Por eso yo según mis rentas pago una serie de impuestos y otro según sus rentas paga otra serie de impuestos en su momento a la Administración competente. Por eso cuando hago mi declaración de la renta y pago mis impuestos se valora sobre la base de lo que tengo en la Administración que le corresponda. Ya sé que si se dan datos sueltos no valen para nada sin base de comparación. En Suecia cobran 10 euros o 5 euros en Alemania, ¿cuánto cobran de sueldo en Suecia o en Alemania? ¿Cuánto tienen de pensión en Suecia o en Alemania? Si no los comparamos no nos valen los datos fríos, eso no es más que un inventario. Además independientemente de todo hemos establecido un sistema en el cual nosotros consideramos que los servicios ya los hemos pagado sobre la base de la capacidad de renta. Otra cosa será si tenemos que hacer un debate sobre si pagamos mucho o poco en nuestra fiscalidad. Pero este es otro debate. Tendríamos que plantearnos si los impuestos que tenemos son los suficientes o no para aguantar el sistema que tenemos o la sostenibilidad del mismo. Pero no en la individualización del tema de la consulta o del impuesto farmacéutico concreto. No vamos a cambiar el debate redirigiéndolo a un lado que no le corresponde. Podríamos hablar más de otra serie de cuestiones, pero como no hay más tiempo lo dejamos para otro día. Gracias.

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

Por el Grupo de Ciudadanos, señor Igea tiene la palabra.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias.

La verdad es que una vez más la segunda intervención es peor que la primera. No puedo decir si no que me siento decepcionado. Dicen que han llegado a acuerdos en el interterritorial, los acuerdos están muy bien si se cumplen. Si no se cumplen, llegar a acuerdos no me sirve para nada. Nosotros, como muy bien decía su portavoz, Rafael Hernando, no hace tanto, no llegamos a acuerdos para cinco minutos. Nosotros llegamos a acuerdos para una investidura que se han de cumplir. Le conmino a que nos informe en esta Comisión de si usted, su Gobierno, su presidente van a cumplir los acuerdos que han firmado. Porque si no pueden llegar a acuerdos en el interterritorial, con sindicatos, con quien quiera, pero no tendrá fiabilidad. Aquí la fiabilidad se gana cuando uno cumple los acuerdos. Dice usted que no hay informes objetivos. Mala noticia. Debería de haberlos. Alguien se debería de haber encargado de pensar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 25

que quizá es buena cosa evaluar el impacto de las medidas que toma el Gobierno, sobre todo en un asunto tan sensible como este. Desgraciadamente no hay informes objetivos por parte del Gobierno porque no hay una evaluación pública de las políticas del Gobierno. Efectivamente tiene usted razón no hay informes objetivos por parte del Gobierno. Si hay informes objetivos y publicaciones científicas que avalan que el impacto del copago en las rentas inferiores a 1.200 euros producen una disminución de la adherencia y hay informes publicados. Hay informes internacionales y publicaciones internacionales de tan baja calidad como el *New England Journal*, que es la biblia de la medicina, que dice que retirar el copago en los tramos de menor renta mejora la adherencia. Estos son datos objetivos y con los datos no hay que pelearse. Nosotros no vamos a hacer demagogia, pero sí vamos a ir a los datos. Hay un informe objetivo y lo que ha ocurrido en Valencia es cierto, que efectivamente ha disminuido el número de pacientes que abandonaban los tratamientos en los tramos de renta más baja. Por eso, en nuestro acuerdo, en vez de hacer una denuncia formal del copago demagógica dijimos observemos si ha habido problemas de adherencia. ¿Ha habido problemas de adherencia? Sí. Resolvámoslos. Esto es lo que nosotros queremos hacer, evitar el discurso demagógico del copago es malo, porque hay algunos que miran a Noruega y Finlandia, solo para las tasas de recaudación fiscal; hay otros que solo miran para los copagos y hay gente que miramos a los países del norte para las dos cosas.

Nosotros queremos tener una mejor fiscalidad y unos sistemas sostenibles. No se puede argumentar eternamente que el copago sirve para financiar y redistribuir renta. El copago no sirve para redistribuir renta ni está diseñado para eso. Sirve de tique disuasorio. Si en vez de tique disuasorio lo que hace es impedir el enfrentamiento, hay que conseguir que esas personas que están en ese tramo no tengan ese problema. Por eso hemos planteado esta proposición no de ley. Lo que le pido de la manera más breve, concisa y castellana posible que nos conteste si van ustedes a cumplir el acuerdo o no.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Igea.
Por último, el Grupo Parlamentario Popular, señor Moreno.

El señor **MORENO PALANQUES**: Muchas gracias, señor presidente.

Señora Alconchel, su intervención es noble, pero déjeme que le pregunte: ¿Sabe quién introdujo la modulación del copago por ley? Su partido en el año 2006. La Ley del Medicamento. Ustedes modulan vía ley, artículo 94, lo puede usted leer: La capacidad de pago en la racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica. Déjeme que le diga algo más. Cuando alguien pide la comparecencia de la ministra para hablar de declaraciones tiene que estar dispuesto a oír sus propias declaraciones. Yo le voy a recordar algunas. José Antonio Griñán, revista *Tiempo*: Griñán estudia aplicar el copago. Trinidad Jiménez, *Periódico de Aragón*: No podemos cerrarnos al debate sobre el copago. Trinidad Jiménez, en *El País*: Sanidad afirma que en este momento no se plantea el copago. Trinidad Jiménez: El Gobierno abre la puerta al copago en la sanidad pública. Carlos Ocaña, secretario de Estado de Hacienda, en *Expansión*: El recortazo es insuficiente. Sanidad baraja el copago. Josep Antoni Duran i Lleida, portavoz de CIU en el Congreso: Convergència i Unió cree que este es el momento de hablar de copago sanitario. Sanitario. Estoy hablando del copago sanitario en todos los casos. Este y otros asuntos deben estudiarse con el objetivo de corregir algunos defectos de una sociedad del bienestar que es insostenible. Carmen Martínez Aguayo, consejera de Hacienda y Administraciones Públicas de la Junta de Andalucía, *Diario de Córdoba*: La Junta no descarta introducir el copago sanitario en el 2011. Mi buen amigo Ramón Jáuregui, eurodiputado, en *Europa Press*: Jáuregui, PSOE, defiende el copago en sanidad y critica el gratis total. Leire Pajín, ministra de Sanidad, Telecinco: Pajín cree que un copago sanitario simbólico garantizaría la sostenibilidad del sistema. Carlos Ocaña, por si alguno no se había enterado, uno año más tarde, en *El País*: Habrá que reconsiderar el copago sanitario en el futuro. Joan Puigcercós, president de Esquerra Republicana de Catalunya: Defendí un modelo de copago sanitario que fuera disuasorio. Por no hablar de Marina Geli, que es el estandarte del tique moderador de entrada un euro por visita médica. Pocos se han librado de las declaraciones. Algunos que en el 2010, y en el estado de crisis en el que nos encontramos, no estaban aquí. Tengo que decirles una cosa. El mayor recorte que se hizo en gasto social —el mayor— en los últimos años fueron en los presupuestos de 2011, 34.700 millones. ¿A qué afectó? ¿A la Administración General del Estado? No. Ahí fueron 3.900 millones. Fueron a las comunidades autónomas, más de 31.000 millones de euros dirigidos a Sanidad, a Educación y gasto social. Señora Sorlí, estoy de acuerdo con usted, la Comunidad Valenciana necesita más recursos sin ningún género de duda. Firmo ya. Tiene que tenerlos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 105

31 de enero de 2017

Pág. 26

Señorías, de verdad se lo digo, este sistema lo hemos construido entre todos. Hoy está el Partido Popular, estuvo el Partido Socialista, mañana estará probablemente otro partido, tenemos que seguir construyéndolo y necesitamos la ayuda de todos. Aunque no lo crean, incluso la suya. De verdad se lo digo. Entre todos tenemos que construirlo y hay que proteger a quien no tiene para en una situación catastrófica, alguno de ustedes lo decía en una proposición, no tenga que hipotecar su casa, como ocurre en muchos países. Podrás pagar 3, 6 u 8 euros al mes, pero desde luego no puedes pagar por un triple *bypass* coronario o por un trasplante cardiaco. Eso no se puede aceptar y este sistema lo garantiza. Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Moreno.
Cierra el debate la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD** (Montserrat Montserrat): Gracias, presidente.

Señorías, permítanme unas últimas palabras para cerrar esta comparecencia. Como ya he dicho reiteradamente, la reforma del pago por medicamentos no está en la agenda del Gobierno, no la vamos a reformar. Podrán insistir las veces que quieran, hacer las interpretaciones que quieran, doy la misma legitimidad a esta Cámara que al Senado. He comparecido cinco veces en ochenta y nueve días desde mi nombramiento como ministra y la respuesta es y ha sido siempre la misma: No está en la agenda del Gobierno y no lo vamos a reformar. Que quede claro y en castellano, con acento catalán, pero en castellano. Es responsabilidad de todos nosotros garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la mejora de su calidad y de su asistencia. Lo que decía el portavoz del Grupo Parlamentario Popular. Tenemos que garantizar el sistema para las futuras generaciones. Lo que hagamos ahora ayudará a que nuestros hijos y nuestros nietos sigan disfrutando del gran sistema que nosotros hemos disfrutado hasta ahora.

Al portavoz del PNV, retos demográficos, otros países no tienen los grandes retos demográficos que nosotros tenemos y el gasto farmacéutico es un componente básico de nuestro sistema y un elemento decisivo en su sostenibilidad. Gracias a esta sostenibilidad del sistema podemos dar respuesta a todos los pacientes. Sigamos trabajando juntos desde el diálogo y el consenso en la preservación de nuestro sistema de salud. Seamos conscientes del impacto demográfico con que nos vamos a encontrar en las próximas décadas. La Conferencia de Presidentes lo ha tenido claro. Seamos proactivos y tomemos conciencia de la magnitud de estos retos a los que nos enfrentamos, a las nuevas necesidades que tenemos relacionadas con mayor longevidad y cronicidad. Encontrar soluciones constructivas es un reto de todos para que nuestro Sistema Nacional de Salud sea sostenible, preventivo y se adapte a las diferentes necesidades de las personas. Los españoles esperan de nosotros que demostremos la madurez suficiente que nos permita hablar y acordar. Por eso le reitero que vuelvo a tender mi mano y les pido que hablemos aquí en las Cortes, desde el sosiego y el rigor, de todo aquello que permita mejorar y sostener nuestro Sistema Nacional de Salud. Un sistema universal, solidario y de los mejores del mundo. Lo digo siempre e insisto, porque es verdad, en esta legislatura tenemos una gran oportunidad, no la desaprovechemos, el éxito de nuestro sistema nacional es un éxito de toda la sociedad y de todos. Aprovechémoslo. Les espero aquí con la mano tendida hacia el diálogo. Muchísimas gracias, presidente, y muchísimas gracias, señorías. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora ministra, por su comparecencia, por sus palabras, por su presencia, ya que es la segunda vez que acude a esta Comisión, y esperemos vernos en todas las que sean necesarias.

Antes de levantar la sesión les recuerdo a los portavoces y miembros de la Mesa que nos vamos a quedar un ratito para ver lo que tenemos por delante.

Se levanta la sesión.

Era la una y treinta minutos de la tarde.