



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 104

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 4 (extraordinaria)

celebrada el martes 24 de enero de 2017

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Declaración institucional con motivo del fallecimiento del profesor Joan Rodés Teixidor. (Número de expediente 140/000011)	2
Comparecencias:	
— Del señor secretario general de Sanidad y Consumo (Castrodeza Sanz), para que explique el análisis pormenorizado y el grado de cumplimiento del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C. A petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 212/000096)	2
— Del miembro del Comité científico asesor del Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (Albillos Martínez), para informar sobre la implementación y el desarrollo del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000125)	21
— Del señor vicepresidente primero de la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C (Caballero Martínez), para que presente a la Comisión el documento «Revisión del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C» y el planteamiento de las líneas preferentes de acción que se consideren prioritarias desde dicho colectivo. A petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 219/000023)	35

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 2

Se abre la sesión a las nueve y treinta minutos de la mañana.

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL CON MOTIVO DEL FALLECIMIENTO DEL PROFESOR JOAN RODÉS TEIXIDOR. (Número de expediente 140/000011).

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías.

Se abre la sesión de carácter extraordinario.

Antes de tramitar el orden del día, voy a leer una declaración institucional que tiene el acuerdo de todos los grupos presentes en esta Comisión y que quiere reconocer la figura del profesor Joan Rodés Teixidor, conocido por todos. La declaración dice así: El pasado 10 de enero falleció en Barcelona el profesor Joan Rodés Teixidor después de setenta y ocho años de una intensa vida dedicada a la clínica, a la docencia y la investigación. Creador de la unidad de hepatología del Hospital Clínic de Barcelona, transformó a este hospital en el centro moderno que hoy conocemos. Su incansable dedicación a la docencia llevó a centenares de médicos de Europa y Latinoamérica a formarse en el servicio de hepatología del Hospital Clínic que él dirigía. Tampoco olvidó nunca la vertiente investigadora y, mientras todo el mundo se empeñaba en distinguir entre investigación básica y aplicada, creó la Fundación Clínic y el Institut d' investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer para generar una investigación traslacional que permitiera llevar los avances más importantes desde el laboratorio a la clínica. Fue precisamente ese espíritu de impulsar la investigación traslacional lo que le llevó a inspirar al comienzo de la primera década del nuevo siglo la creación, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, de los institutos de investigación sanitaria como asociaciones de hospitales docentes e investigadores del Sistema Nacional de Salud, universidades y otros centros de investigación públicos y privados que, junto con las redes de investigación sanitaria, cambiaron la forma de investigar en el campo de la salud en nuestro país, algo que ha prevalecido hasta nuestros días. Hace tan solo dos años dejó de nuevo su impronta cuando, siendo presidente del consejo asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se le encomendó la creación del comité de expertos para la elaboración del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C, y de cuya aplicación posterior se han beneficiado decenas de miles de pacientes, que vieron cómo sus vidas y las de sus familias pasaban de tener un futuro incierto a recuperar la normalidad a la que todo paciente aspira.

No habrá una tercera oportunidad para el profesor Rodés, pero si la hubiese habido es seguro que hubiera puesto toda su inteligencia, su clarividencia, su imperturbable vocación clínica, docente e investigadora y su incansable actitud de servicio público a lo que ha hecho siempre: mejorar la vida de quienes le rodearon. Entre las muchas distinciones que recibió: la Creu de Sant Jordi y la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad entre otras, le distinguirán siempre como el gran pionero que fue de la investigación de las enfermedades hepáticas. Hoy recordamos a ese hombre irrepetible y hacemos llegar nuestro tributo de gratitud a su mujer, la pianista bilbaína Paula Torrontegui, y a sus hijas Idoia y Claudia. Nuestro más sincero y profundo agradecimiento a quien fue, por encima de todo, un hombre bueno. **(Aplausos)**.

Nada más apropiado que comenzar así esta reunión de la Comisión de Sanidad, que va a ser monográfica del asunto de la hepatitis C.

COMPARECENCIAS:

- **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTRODEZA SANZ), PARA QUE EXPLIQUE EL ANÁLISIS PORMENORIZADO Y EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 212/000096).**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a tramitar el orden del día con la comparecencia, en primer lugar, del secretario general de Sanidad y Consumo para que explique el análisis pormenorizado y el grado de cumplimiento del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C, a petición, en este caso, del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Doy la bienvenida, en nombre de la Comisión, al secretario general don Javier Castrodeza a quien agradecemos su presencia y su disposición para informar ante esta Comisión.

Antes de concederle la palabra, y para una mejor ordenación del debate, les anuncio que, según las conversaciones que hemos ido manteniendo, en todas las comparecencias del día de hoy en primer lugar intervendrá el compareciente; en este caso, al ser del Gobierno, no tiene tiempo limitado, pero intentaremos que las siguientes comparecencias sean de aproximadamente unos quince minutos. A continuación, por un tiempo de siete minutos, los portavoces de los distintos grupos parlamentarios; se comenzará siempre por aquellos que hayan pedido la comparecencia, y luego iremos de menor a mayor, cerrando el Grupo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 3

Popular cada una de las intervenciones. A continuación, contestará el compareciente, y cerraremos el turno. Sé que la comparecencia del Gobierno, al no tener límite de tiempo, va a dar lugar seguramente a intervenciones más amplias por parte de los grupos. Seré más flexible en esta primera comparecencia, y mucho menos en las siguientes. Creo que todos lo entendemos y todos lo aceptamos así, ¿verdad? **(Asentimiento)**. Pues, entonces, tiene la palabra el secretario general de Sanidad y consumo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Gracias, presidente. Buenos días a todos, señoras y señores diputados.

Comparezco en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, en su primera sesión de 2017 y a petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para dar cuenta sobre el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. Antes de entrar en materia, permítanme que haga una mención especial, aunque ya se haya hecho, al doctor Joan Rodés Teixidor, fallecido el pasado 10 de enero, quien fue un referente mundial en el ámbito de la hepatología y piedra angular, yo diría el alma, del plan por el que hoy estamos aquí reunidos. Las aportaciones realizadas por el doctor Rodés en las últimas décadas han sido, son y serán sin duda cardinales para impulsar mejoras en la prevención, en el tratamiento, en la curación y en la rehabilitación de las enfermedades propias del hígado. Su actividad clínica y docente, sumada a su sobresaliente trabajo en el ámbito de la investigación, convierten al doctor Rodés en uno de los más distinguidos médicos que ha dado España y considero responsabilidad de todos los que conformamos el Sistema Nacional de Salud dar continuidad a su extenso legado, especialmente en lo que se refiere al plan estratégico del que hoy vamos a hablar.

Señorías, ahora sí, comienzo con mi intervención. Como todos ustedes saben, la Hepatitis C es una enfermedad causada por un virus ARN, perteneciente a la familia Flaviviridae, género Hepacivirus, del que son conocidos hasta el momento 7 genotipos y más de 60 subtipos, en concreto 67. Este virus puede causar una infección tanto aguda como crónica, cuyas manifestaciones pueden variar entre una dolencia leve y una enfermedad grave de por vida. Por lo general, hay que saber que la infección aguda es asintomática. Si conocemos la historia natural de esta infección, aproximadamente entre un 15 y un 45% de las personas infectadas eliminan el virus espontáneamente de su organismo en un plazo de alrededor de seis meses sin necesidad de tratamiento alguno; el 85 o 55% restante desarrollarán probablemente una infección crónica. De esa proporción de enfermos crónicos, entre un 15 y un 30% probablemente evolucionarán a cirrosis hepática en un plazo estimado de dos décadas. Por tanto, con esto reflejamos unas pinceladas de lo que es la historia natural de esta infección y de las enfermedades que ella produce. Además, cabe tener presente que la progresión de la infección no responde al azar y se ve influenciada claramente por factores de riesgo, como el uso continuo de drogas intravenosas, la ingesta abusiva de bebidas alcohólicas, la obesidad o la esteatosis, que es una degeneración grasa del hígado, así como la edad avanzada, ciertos factores genéticos que siempre están presentes y la presencia de otras coinfecciones, por ejemplo, el VIH, que en todos los casos van a aumentar la probabilidad de progresión de esta patología.

Los datos existentes sobre la enfermedad en el año 2015 permitían hacer referencia a la Hepatitis C como un problema de salud para más de 185 millones de personas en el mundo, según los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, con una incidencia anual internacional de 3 a 4 millones de casos nuevos y una mortalidad de alrededor de 350.000 personas. La prevalencia en Europa superaba entonces los 30.000 casos, con una tasa de notificación —casos declarados— de 7,8 casos por cada 100.000 pacientes, de los que aproximadamente el 1,7% se informaban como hepatitis aguda, un 12,8% como hepatitis crónica y el resto como hepatitis desconocida. En lo que respecta a España, la prevalencia de anticuerpos en adultos se estimaba que era alrededor del 1,7%, mientras que la viremia alcanzaba el 1,2%. Otros datos para ampliar el espectro del impacto de la información son que el número de pacientes de hepatitis C diagnosticados y pendientes de tratamiento comunicados por las comunidades autónomas superaban entonces los 95.000, de los cuales casi 52.000 presentaban grados de fibrosis —es la degeneración del hígado— que los especialistas consideraban como los más avanzados. La categorización va desde F0 a F4, de tal forma que se entendía que había en España —según datos ofrecidos por las comunidades autónomas— cerca de 16.000 casos de F2, 14.381 de F3 y 21.584 casos de F4, que es el estadio más evolucionado de la fibrosis. Esta y no otra, señorías, era la realidad de la hepatitis C hace ahora casi dos años —porque el plan, recordarán ustedes, se anunció en enero pero hasta abril del año 2015 no se puso en marcha, por lo tanto, estamos a dos meses de que se cumplan esos dos años— y es sobre esa realidad sobre la que el Gobierno decidió poner en marcha el plan estratégico. Y no lo hizo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 4

cualquier manera, porque este plan, como saben, fue diseñado y estructurado por el doctor Rodés y por los mejores expertos disponibles, que el propio doctor Rodés seleccionó tanto en el espectro nacional como en el ámbito internacional. Fue además un plan validado por la totalidad de las comunidades autónomas, en los plenos del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrados el 14 de enero y el 26 de marzo del año 2015, y fue orientado hacia el uso de los nuevos tratamientos antivirales de acción directa, aunque también se contempló la prescripción de cualquiera de los tratamientos autorizados y financiados en el Sistema Nacional de Salud para el tratamiento de la hepatitis C crónica —que era una entidad clínica que ya existía, no apareció sino que ya existía y se venía tratando por otros antivirales o por otra medicación—; también se orientó no solamente al tratamiento de los nuevos antivirales de acción directa, sino a la disminución de la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C en la población española, abordando eficientemente estrategias de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento de los pacientes.

Con todo el plan fue sustentado sobre cuatro líneas estratégicas a las que se ligaron objetivos y acciones concretas que debían desarrollarse hasta el año 2017 desde la constante coordinación entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, las mutualidades, las instituciones penitenciarias y el Instituto de Salud Carlos III. Las cuatro líneas estratégicas —a las que me he referido y que constituyen el eje de acción de este plan— son las siguientes: En primer lugar, era necesario cuantificar o establecer objetivos para cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección por virus de la hepatitis C, e incidir, avanzar y establecer medidas de prevención. Esa era la primera línea estratégica que se propuso para este plan. La segunda línea era definir los criterios científico-técnicos —quiero subrayar esta palabra— que permitieran establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. La tercera fue establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, dada la distribución que tenemos en nuestro país sobre las competencias en materia asistencial. La cuarta y última —que era muy importante y se ha demostrado que su incorporación es tremendamente oportuna— era fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud mediante actuaciones específicas en el área de la investigación, el desarrollo y la innovación.

Son áreas de trabajo cuya ejecución debía ser controlada por un grupo coordinador del plan conformado por el ministerio, cuatro comunidades autónomas que participan en la Comisión Interministerial de Precios, representantes de los pacientes, expertos del plan y sociedades científicas, y por un comité institucional del propio plan que está integrado por representantes del ministerio, comunidades autónomas, mutualidades, instituciones penitenciarias y por el Instituto de Salud Carlos III. Para ello se seleccionaron, definieron y establecieron frecuencias de estimación para controlar el desarrollo de las acciones contempladas en el plan, por ejemplo, incidencia anual, prevalencia de infección, personas no diagnosticadas, efectividad terapéutica, pacientes trasplantados. Estos son algunos ejemplos de las diecisiete acciones propuestas para llevar a la práctica el seguimiento. Sobre esta base y después de estos veinticuatro meses a los que me he referido, el balance de la actividad desarrollada en el contexto del plan que podemos hacer con los resultados registrados hasta noviembre del pasado año es el siguiente. En cuanto a la primera línea estratégica, la relativa a la cuantificación de la magnitud del problema, que ha sido tutelada y coordinada por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del ministerio, les informo de que hemos finalizado el diseño del estudio para conocer la prevalencia de la enfermedad en la población general, contemplando la presencia o ausencia de anticuerpos y antígenos virales, dato que hasta el momento este país no tenía y que en breve podrá disponer. La Comisión de salud pública, que saben ustedes que es una comisión dependiente del consejo interterritorial, ya conoce el proyecto, que se desarrollará sobre una muestra poblacional de 8.800 personas, con una edad comprendida entre los dos y los ochenta años, en el primer semestre de este año 2017, con el objetivo de que los resultados sean conocidos a finales de este año, en el último trimestre. Otra de las acciones, dentro de este primer apartado, consiste en que hemos creado el protocolo de vigilancia epidemiológica de la hepatitis C, que también fue aprobado por la mencionada Comisión de salud pública en febrero del año 2016. —Otro asunto que no teníamos en nuestro país—. Contamos ya con datos preliminares, tanto de la vigilancia epidemiológica de la infección como de los brotes de la enfermedad a través de la Red nacional de vigilancia epidemiológica, correspondientes al año 2015. Desde la perspectiva de la prevención

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 5

primaria, dentro de esa primera línea estratégica a la que me refería, hemos desarrollado materiales informativos sobre la etiología de la enfermedad, los mecanismos de transmisión, las medidas de prevención, los grupos de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento. Se trata de material plenamente disponible en la página web del ministerio, que les invito a que consulten.

En este mismo sentido, hemos revisado la normativa existente en nuestro país relativa a los tatuajes, *piercings* y micropigmentaciones, adecuándola desde el consenso en el consejo interterritorial a la resolución sobre requisitos y criterios de seguridad y maquillaje permanente del Consejo de Europa. Se ha constatado que las comunidades autónomas cumplen, pero se pretende, y es una tarea que vamos a trabajar en los próximos meses, avanzar en su análisis y evaluación de su correcto cumplimiento. También quiero informarles dentro de esta primera línea que se han incrementado las ayudas a las subvenciones de prevención o actuaciones conjuntas para la prevención del VIH —son dos enfermedades que tienen subvenciones por poseer mecanismos muy parecidos—, para potenciar los programas de reducción de daños en instituciones penitenciarias —especialmente en la convocatoria 2016 ha habido subvenciones en este sentido—, y se están diseñando talleres de formación para profesionales sanitarios tanto de atención primaria como especializada y profesionales no sanitarios, sobre todo, personas vinculadas a organizaciones no gubernamentales, asociaciones y grupos de apoyo, para impulsar la formación continuada y la capacitación sobre la patología. Esto en cuanto a prevención primaria.

En cuanto a prevención secundaria, hemos creado —fue aprobada por el consejo interterritorial en agosto de 2015— la Guía de bioseguridad para profesiones sanitarias, con un objetivo claro de evitar incidentes o accidentes en la manipulación de utensilios que pudieran generar contaminación en el acto profesional o bien algún otro tipo de problema. Hemos impulsado también el documento de consenso sobre profilaxis posexposición ocupacional —aspecto muy importante— y no ocupacional en relación con el virus tanto de la hepatitis C como el virus B, tanto en niños como en adultos, a través de la colaboración con sociedades científicas, y esta tarea ha sido realizada en marzo de 2015. Asimismo, hemos finalizado hace unos días, yo diría que casi esta semana —la semana pasada para ser más concretos, el pasado 19 enero, lo tengo aquí anotado— la guía de recomendaciones —un aspecto muy importante— para el diagnóstico precoz en poblaciones prioritarias en el ámbito de atención primaria —documento que no se tenía— en coordinación entre el ministerio, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia y la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Esta guía será difundida en breve tan pronto se ajusten y se enmaqueten los documentos y el texto que ha sido ya consensuado.

Sobre la segunda línea estratégica, la orientada a la definición de criterios científico-clínicos para establecer las estrategias terapéuticas de forma adecuada, liderada y coordinada por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios de Sistema Nacional de Salud y Farmacia del ministerio, quiero destacar en esencia la incorporación a la cartera pública de servicios de todas las innovaciones terapéuticas disponibles y validadas hasta la fecha por la Agencia Europea del Medicamento. Creo que en este aspecto es relevante saber que nuestro país ha incorporado todo el arsenal terapéutico innovador disponible para combatir este problema. Como ustedes saben —no me quiero extender en la parte técnica—, son básicamente inhibidores de la proteasa, una enzima que tiene el virus, y de su polimerasa, que son conocidos como principios activos con denominaciones un tanto difíciles de pronunciar como daclastavir, simeprevir, sofosbuvir, ombitasvir —es decir, podríamos poner muchos «vir»— con los que se ha tratado en el momento actual, según los últimos datos, a 65.252 pacientes entre enero de 2015 y noviembre de 2016, de los que 1.187 son presos —a noviembre de 2016, según los datos—, pero hace unos días la última estadística disponible de instituciones penitenciarias señala que esta cifra ha aumentado a 1.215, lo que representa aproximadamente el 42% de todos los internos susceptibles de ser tratados según las recomendaciones del plan estratégico.

En lo relativo a la tercera línea estratégica, centrada en el conocimiento de todas las actuaciones terapéuticas realizadas para garantizar la equidad en el acceso para los pacientes y también coordinada por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, merece especial mención la creación de instrumentos de coordinación y armonización como el comité institucional al que ya me he referido con anterioridad. Desde su creación, en fecha 15 de abril del año 2015, se ha reunido en nueve ocasiones con los grupos de trabajo dependientes del comité y vinculados a distintas líneas estratégicas. También ha habido una reunión con cada uno de los foros de participación que hemos puesto en marcha con pacientes y sociedades científicas, y el comité coordinador, conformado por pacientes y sociedades científicas, verá la luz próximamente y en él van a estar pacientes, sociedades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 6

científicas, ministerio, comunidades autónomas, consejo asesor e Instituto de Salud Carlos III. Estamos incorporando de forma gradual, desde la información que mensualmente nos facilitan las comunidades autónomas —esto es muy importante para que ustedes sepan el flujo de información—, datos de seguimiento de los enfermos con hepatitis C crónica en el registro creado a tal efecto que se denomina Registro de seguimiento terapéutico de pacientes, disponiendo ya de casi 38.000 registros basales. Se trata, pues, de una información gracias a la cual podemos corroborar una respuesta viral sostenida positiva en el 97 % de los casos. Este es un aspecto importante que habla de la efectividad terapéutica de las medidas tomadas. De igual modo, con periodicidad mensual aunque en este caso proveniente de los laboratorios farmacéuticos, recibimos información sobre el consumo de envases, que controlamos a través de otra aplicación informática que recibe el nombre de Seguimed.

Finalmente, la cuarta línea estratégica está pensada para fomentar el avance en el conocimiento, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis C desde la I+D+i y coordinada por el Instituto de Salud Carlos III. Quiero informarles de que existen dos proyectos de investigación vivos y que están actualmente en curso. Uno de estos proyectos está relacionado con la evaluación de las intervenciones preventivas y terapéuticas, cuenta con una dotación de más de 200.000 euros y tiene como objetivo general obtener indicadores que ayuden a planificar y a evaluar las intervenciones preventivas y terapéuticas frente a la infección, aspecto muy importante. Contempla, además, otros trece objetivos específicos para impulsar mejoras en materias como la cuantificación de ingresos hospitalarios, la evaluación de la proporción de pacientes en tratamiento viral con respuesta virológica sostenida o también el análisis del valor de la detección del antígeno *core*, el antígeno central del virus, entre otros aspectos. El segundo proyecto de investigación que se creó para avanzar en el conocimiento de esta infección y sus consecuencias está enmarcado en el estudio del impacto del tratamiento con nuevos antivirales y fármacos en la historia natural de la cirrosis producida por el virus de la hepatitis C, así como en la identificación de factores predictivos de no respuesta, es decir, qué variables son las que pueden justificar no encontrar una respuesta satisfactoria en el tratamiento. Cuenta con un presupuesto de 765.000 euros repartidos en dos partidas: una correspondiente al primero de los apartados que les citaba, 480.000 euros, y otra correspondiente al segundo, los 284.000 euros restantes. Los objetivos de este segundo proyecto, enmarcado en el impacto terapéutico —que es un aspecto muy importante y, como ustedes conocen, es el que suscita en estos momentos mayor debate—, pueden concentrarse en la evaluación de la eficacia y la seguridad de las nuevas pautas terapéuticas sin interferón en pacientes con cirrosis hepática, análisis de su impacto en la historia natural de la enfermedad, en la investigación de factores predictivos de recurrencia de la infección y una vez suspendido el tratamiento antiviral; son distintas etapas de la historia natural. No obstante, se han descrito una serie de objetivos específicos, como, por ejemplo, un estudio de la cirrosis compensada, sobre la cirrosis descompensada, sobre la regresión de la fibrosis y recurrencia tumoral en el primer apartado, sobre fallos terapéuticos de los nuevos antivirales y la restauración inmunocelular del segundo, etcétera.

Señorías, en otro orden de temas, en lo relativo a la inversión requerida para implementar el plan, las cifras evolucionan desde los —pocos o muchos— más de 1.000 millones de euros registrados en el año 2015, a los probablemente 600 euros —aunque yo espero que menos, todavía no tenemos cerrado el ejercicio del año 2016—, y a una estimación de coste, en el año 2017, cercano a los 200 millones. Estos 200 millones de euros suponen una cifra muy similar a la utilizada para tratar a los pacientes de la hepatitis C antes de este plan estratégico, aunque entonces —si ustedes han repasado un poco los datos— verán que la efectividad terapéutica que se conseguía era claramente inferior. Además, se trata de cantidades cuya progresión descendente —creo que quedan claros en cuanto a los tres años— se debe al trabajo de negociación que de forma constante ha realizado, realiza y seguirá realizando el ministerio con los laboratorios: precio-volumen, techo de gasto, *capping* —lo que se llama técnicamente así, pero que es un gasto máximo por paciente, para entendernos—, riesgo compartido, etcétera, especialmente tras las reuniones en las que se debaten estos aspectos en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, en la que no solamente está el ministerio, sino que también están las comunidades autónomas y otros ministerios de la Administración.

Es cierto que, en su momento, se planteó que el desembolso que el plan conlleva no computaría como déficit para las comunidades autónomas y, finalmente, fue así. Pero también quiero dejar constancia del plan de financiación acordado con las comunidades autónomas en marzo de 2015. El día 2 hubo una reunión informal del ministro Alonso, de Antonio Beteta y de otras personas para abordar este tema, así como de los instrumentos que, en este sentido, han sido puestos a disposición de las propias comunidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 7

autónomas por el Gobierno para hacer frente a las cantidades imputables tanto al plan estratégico como a otras cuestiones. Me refiero en esencia al Fondo de Liquidez Autonómica, aunque también debemos tener en cuenta que las medidas implementadas desde 2012 para fomentar el ahorro en el ámbito farmacéutico han liberado recursos por un valor superior a 6.500 millones de euros con los que ha sido posible la incorporación, entre otros, de más de doscientas innovaciones terapéuticas a la cartera pública de servicios, entre ellas las orientadas al tratamiento de la hepatitis C.

Señoras y señores diputados, para ir concluyendo, quiero plantearles que, desde mi punto de vista, el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud es un hito en la X Legislatura. Lo es por muchos motivos, pero especialmente porque ha hecho posible que en poco menos de dos años 65.000 personas hayan recibido un tratamiento, personas que llevaban décadas —y esto es muy importante— padeciendo las consecuencias propias de la hepatitis C en su salud, en su vida social —no solamente la enfermedad tiene repercusión en la salud—, en su vida laboral, en su entorno familiar, en muchos entornos, y ahora están libres de esta enfermedad.

También quiero destacar como merece el trabajo desarrollado por los expertos que han participado en el diseño del plan y que siguen trabajando en su desarrollo: el doctor Rodés —en la mañana de hoy uno de los miembros del cuerpo de expertos estará aquí exponiendo su punto de vista sobre el desarrollo del plan—, el doctor Agustín Albillos, el doctor Toni Andreu —antiguo director del Carlos III—, la doctora María Buti, el doctor Javier Crespo, el doctor Alfonso Moreno y el doctor Daniel Zulaika, así como las personas que han participado como asesores externos del ámbito internacional como el profesor Massimo Colombo, profesor de Gastroenterología de la Universidad de Milán; Michael Manns, profesor de Medicina de la Universidad de Hannover, jefe del Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Endocrinología de la Escuela de Medicina de Hannover, y el profesor Jean Michel Pawlotsky, profesor de Medicina de la Universidad de París y director del Centro Nacional de Referencia para la Hepatitis por virus B, C y Delta en Francia y coordinador de las nuevas guías de práctica clínica europeas para la hepatitis C. Y además, quiero agradecer a todas las personas de todas las comunidades autónomas que han participado con sus opiniones y aportaciones en esta estructura. Y también, a todo el personal del ministerio, que es de justicia reconocerlo por mi parte aquí —y me congratulo de ser ahora el secretario general y dirigir este grupo—, desde Agustín Rivero, director general, a Elena Andradas, directora general de Salud Pública, Maravillas Izquierdo e Isabel Pineros, entre otros; a todas las personas que han estado sin descanso trabajando por dar a este plan la mayor calidad posible. Todos ellos realizaron, y realizan todavía muchos de ellos, una labor cardinal que no puede ser compensada por muchas veces que su trabajo sea reconocido en público o por mucho que en 2015 fueran distinguidos, entre otros aspectos, con la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad.

Señorías, todo en la vida es mejorable y sobre todo en enfermedades de las que conocemos una limitada historia natural, y lo digo, si me permiten, con conocimiento de causa. En mi vida profesional pertenezco al mundo de la salud pública, estoy acreditado como catedrático, he tenido experiencia en este campo y lo tengo claro: todo es mejorable, y las situaciones y los riesgos en salud pública nos enfrentan a escenarios muchas veces de cierta incertidumbre y por supuesto que en el día a día tenemos que construir entre todos el avance, pero considero —y lo reafirmo— que el plan por el que hoy comparezco es un ejemplo más que representativo de lo que todos entendemos como un trabajo bien hecho, no concluido —seguiremos trabajando en él—, pero bien hecho. Es un referente internacional, sí, que nos han pedido que tradujéramos al inglés —ustedes lo tienen en la página web a su disposición— y en cualquiera de los foros a los que asistimos —tuve la oportunidad hace unos días de acompañar a la ministra Dolors Montserrat a una reunión de la OCDE— aparece este tema. Nos pidieron información sobre nuestra experiencia en el abordaje de la hepatitis C. Por supuesto que no solo vamos a consolidar en el tiempo este plan, sino que vamos a desarrollarlo hasta al menos el año 2020, tal y como se ha debatido ya en el comité institucional el pasado mes de noviembre, y ya les adelanto que en breve tendremos otro comité institucional. Sin duda, todo este plan no tendría sentido si no es validado por el consejo interterritorial, al que he ido varias veces a lo largo de su historia.

Todos nosotros tenemos que trabajar para redoblar los esfuerzos para que los tratamientos innovadores sigan estando disponibles para todos los pacientes que los necesiten, incluyendo aquellos enfermos que puedan tener otros grados distintos de fibrosis. Pero les digo una cosa, siempre guiados por el criterio clínico, que es el que nos tiene que asesorar a todos para que nuestras actuaciones sean lo más adecuadas y efectivas posible. Es objetivo a corto y medio plazo acelerar la provisión de datos en el registro de pacientes —estamos trabajando para que nuestro registro sea lo más completo posible—, continuar con su estudio para contar con la mayor cantidad de información de calidad sobre la efectividad terapéutica

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 8

que nos permita tomar las mejores decisiones sobre los tratamientos y el abordaje transversal de la enfermedad.

Por último, señorías, nadie, cuando menos en Europa, ha tratado a tantas personas como nosotros ni con una tasa de efectividad tan elevada como la nuestra. Yo creo que este es un detalle importante. Francia y España son los que más experiencia pueden presentar en estos momentos. No obstante, y lejos de caer en la autocomplacencia, seguiremos en esa línea de trabajo junto con las comunidades autónomas, las sociedades científicas, las mutualidades, las instituciones penitenciarias y el Instituto de Salud Carlos III y en constante contacto con los pacientes, que son al fin y al cabo los que nos necesitan y la razón de ser del Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias por haberme escuchado. Me pongo a su entera disposición.

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

Una vez que hemos oído la intervención del secretario general de Sanidad y Consumo, abrimos el turno de los grupos, empezando por el que ha propuesto la comparecencia, que es el de Ciudadanos. Les recuerdo a todos que en principio no hay previsto turno de réplica. Por tanto, vuelquen todo lo que tengan que decir en esta primera intervención por si acaso.

Señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Lo intentaremos.

Lo primero que voy a hacer es relatar una historia. Espero que sea breve. Solo les pido una cosa a todos los presentes, que se pongan en la piel del protagonista de esta historia y de su familia. En febrero de 2014, llamémosle Fernando, después de haber pasado por un trasplante con todo lo que eso supone de riesgo y de padecimientos, empieza a empeorar. Su médico le hace una biopsia y detecta que hay una reinfección por el virus. El 14 de marzo el médico le pide que firme un consentimiento para un tratamiento nuevo, que ya es conocido, que ya sabemos que es eficaz y que es lo ideal para su caso. El 19 de marzo la compañía acepta tratar a este paciente. Costaba inicialmente 54.000 euros y el precio para ese paciente se fija en 16.000. El 22 de abril el servicio de farmacia de ese hospital emite un informe para la dirección general de esa comunidad autónoma. El 28 de abril sale ese comunicado por *e-mail* hacia la Subdirección de Farmacia, es decir, un mes y medio después. La subdirección no confirma la entrada de ese *e-mail*, a pesar de que es indudable por el registro electrónico que así ha sido, hasta el 1 de junio, pero no lo confirma porque el 7 de mayo la Dirección General de Farmacia de esa comunidad sabe que va a haber una oferta de tratamiento gratuito y el 8 de mayo manda un correo a los hospitales diciéndoles que vamos a esperar. El 20 de junio se emite un nuevo informe. Ya han pasado tres meses, Fernando lleva tres meses con un rechazo agudo después de un trasplante, poniéndose amarillo, empeorando y generando ascitis. El 7 de julio esa subdirección pide nuevos informes. El 8 de julio se emiten. El 11 de julio se autoriza el tratamiento por primera vez, cuatro meses después de que a ese paciente se le haya informado de que su hígado está sufriendo una nueva infección y se le haya hecho una biopsia. Esa autorización no es útil porque la compañía pide que sea un tratamiento de veinticuatro semanas, con lo cual hasta el 7 de agosto no se firma el tratamiento y hasta el 8 de agosto no empieza el tratamiento. Han pasado cinco meses. El paciente empeora gravemente y fallece el 3 de septiembre, seis meses después.

Ahora que ya están ustedes en la piel de los pacientes, que es en la que nosotros tenemos que estar, vamos a entrar a analizar cómo ha sido la evolución del plan, que se hizo después de estos hechos y que ha tardado más de dos años en presentar sus primeros resultados. El secretario habla de las cuatro líneas estratégicas y, sobre la primera de ellas, dice que hoy por fin hemos finalizado el diseño del estudio que vamos a hacer sobre la incidencia y prevalencia de virus C en España. Dos años después. Dice que hay un protocolo de vigilancia epidemiológica y que hay una normativa sobre tatuajes. Sabemos por el propio estudio que la mayoría de las infecciones que estamos teniendo ahora —afortunadamente el virus C es una enfermedad cuya incidencia está bajando progresivamente y es una enfermedad que va a desaparecer, porque se trasmite básicamente por vía parenteral, como todos sabemos— se producen en el ámbito hospitalario por reutilización de material desechable o por fracturas en la línea de esterilización del material. Sin embargo, no tenemos un protocolo nuevo acerca de esto, seguimos viendo episodios como el del hospital de Cáceres y no están previstas sanciones o alguna medida para estos casos. Se ha elaborado una guía —que nos dice que se va a publicar— sobre diagnóstico precoz del virus C. Bien está. Les aseguro que el diagnóstico del virus C no es una de las cosas más complicadas de la medicina; es verdad que puede necesitar una adecuación, pero es asunto conocido cómo se diagnostica un virus C y cuáles son sus síntomas, cuáles son sus analíticas y qué es lo que hay que hacer. Pero bien está.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 9

La segunda línea consistía en incorporar a los pacientes al tratamiento y hacerlo con orden. Sobre esto no solo no tenemos resultados precisos más allá del número, sino que además —y he de decirlo de manera políticamente correcta— algunos de los resultados que se dan son simplemente inciertos o, al menos, dudosos. Cuando uno dice que ha tratado a 1.215 presos, está diciendo que ha tratado a aproximadamente el 10% de los reclusos infectados. Hay 50.000 reclusos en este país, hay una tasa de prevalencia del 20%, lo que supone que hay 10.000 pacientes infectados. Estos pacientes son objetivo uno del plan porque son considerados de alto riesgo de transmisión de la enfermedad. Quiérese decir que solamente se ha tratado uno de cada diez presos, siendo ellos objetivo uno. Esto es un incumplimiento flagrante del plan. ¿Por qué ha sucedido esto? Todos lo sabemos, porque el Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, Instituciones Penitenciarias han entrado en la litigiosidad para ver quién financiaba estos tratamientos. Esto simplemente se puede calificar como una vergüenza nacional. Los reclusos están condenados a penas de privación de libertad y a ninguna más, tienen los mismos derechos sanitarios que tenemos el resto de los ciudadanos. Por todo ello, en este Congreso se ha instado nuevamente a la inmediata transferencia de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas, y esperemos que el ministerio haya dado algún paso en este sentido y que las comunidades autónomas lo acepten. Pero, cuando hablamos de que hemos tratado más pacientes que nadie —lo cual es cierto—, no sabemos a ciencia cierta a cuántos pacientes en cada comunidad, no sabemos qué grado de fibrosis, no sabemos si existe o no una discriminación por comunidades autónomas. Digo no lo sabemos, pero sí lo sabemos.

Pasamos a la tercera línea, en la que lo que es importante es que haya equidad. Y para que haya equidad se tienen que rellenar los registros y tenemos que saber que el número de enfermos tratados por comunidad autónoma es más o menos igual. Sabemos que no es más o menos igual; lo sabemos porque el gasto por comunidades autónomas es diferente, difiere hasta un 300%, según datos del Ministerio de Hacienda. El propio Ministerio de Sanidad publica esto. **(Muestra un gráfico)**. Aquí aparece el número de enfermos tratados por millón de habitantes por cada comunidad. Esto es una comunidad y esto supongo que es otra. Digo supongo, porque aquí las comunidades simplemente están numeradas y yo no sé si los que estamos aquí consideramos que esto es lo correcto, porque estoy seguro de que en este asunto tienen responsabilidad la mayoría de los grupos políticos que están aquí, porque, si no, no se entendería que en este país las comunidades autónomas oculten una información como esta a sus ciudadanos. Pero los grupos políticos que sustentan este tipo de prácticas —y ya le digo que son casi todos— lo que están diciendo a la población española es que no son mayores de edad para conocer cómo sus administraciones gastan su presupuesto público y que no son mayores de edad para exigirles rendición de cuentas. Y esto es lo que es, la vergüenza paradigmática en este caso de la sanidad española, la inequidad. Hay una diferencia del 300% en el número de enfermos tratados por millón de habitantes, y eso no se explica por una variabilidad en la incidencia entre comunidades autónomas. Y yo lo que pido y exijo desde la sede de la voluntad popular es que esa información sea transparente, que todos sepamos qué comunidades son las que han tratado más y que todos sepamos qué comunidades han tratado menos. Es un derecho de los ciudadanos; no es una cosa que podamos dejar a la voluntad del Estado, sino que es un derecho de los ciudadanos, y todos aquí somos responsables de ello. Mientras esto no se acabe, nosotros no podremos decir que este es un país de libres e iguales, porque de momento de libres puede ser, pero de iguales, a la vista de estos datos, de ninguna de las maneras.

¿Qué nos dicen que hemos hecho para coordinar todo esto? Hemos creado un comité institucional y luego un subgrupo que se ha reunido ocho veces. Y nos dicen que de los 52.000 o 60.000 pacientes, según se hable, tenemos 37.000 primeros registros, de los cuales solo hay 18.600 posteriores, de los cuales, a su vez, solo hay 4.069 válidos, que incluyan al menos la respuesta virológica. En ese registro nacional no tenemos ni el 10% de los pacientes tratados. ¿Por qué? Porque las comunidades autónomas no meten pacientes u ocultan los datos, y los ocultan, naturalmente, con la complicidad del ministerio. Y eso es lo que tenemos. Por eso nosotros por dos veces hemos hecho preguntas solicitando cuál ha sido el gasto por hospital. Es increíble que se nos conteste que no podemos conocer el gasto hospital por hospital cuando algunas comunidades sí lo han hecho público, como es el caso de la Comunidad de Castilla-La Mancha. Con los datos de Castilla-La Mancha les puedo decir que han tratado a 1.702 pacientes, les ha costado 46,4 millones de euros, lo que viene a suponer 27.000 euros por paciente tratado. Si multiplicásemos esos 27.000 euros por paciente tratado por los 52.032 que se recogen en la página del ministerio, nos saldrían 1.500 millones de euros.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 10

¿Cuánto nos ha costado cada vida salvada? ¿Cuántos pacientes fallecen al año en España por cirrosis hepática? Son 5.000, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Pongamos que la mitad, 2.500 —un porcentaje grande—, son pacientes con cirrosis alcohólica, virus B u otras lesiones. Nos ha costado aproximadamente 300.000 euros cada vida salvada. No estoy diciendo si es mucho o es poco, estoy dando los datos. ¿Qué nos hubiera costado salvar la vida de Fernando en el peor de los momentos? Nos habría costado 50.000 euros. ¿Es esto una buena gestión? ¿Es esto de lo que vamos a presumir? A nosotros no nos lo parece. Y, como no nos lo parece, vamos a insistir en hacer unas cuantas preguntas...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Igea, vaya concluyendo, por favor.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Vamos a hacer las últimas preguntas. ¿Qué hemos aprendido? ¿Hemos aprendido algo? ¿Hemos cambiado los protocolos de fijación de precios, hemos acelerado los protocolos de fijación de precios, fijamos precio por valor? ¿Hemos tomado medidas contra la inequidad? ¿Hemos tomado alguna medida para que los ciudadanos de todas las comunidades autónomas sean tratados igual, de acuerdo con la Ley del medicamento? ¿Hemos tomado medidas sobre información? ¿El ministerio va a sancionar de alguna manera la falta de información por parte de las comunidades? ¿Vamos a conseguir que en ese registro haya algo más del 10% de los pacientes metidos? ¿Hemos dado pasos para dejar todas estas decisiones, en vez de en subdirecciones, comités y otras subdirecciones de la dirección general, en manos de los profesionales que sabían desde el principio cómo se trataba esto? ¿Vamos a tomar medidas en la sanidad penitenciaria? Todas estas preguntas están sin resolver. Es verdad que somos el país de Europa que más pacientes ha tratado, pero también es verdad que hay algunas cosas que yo no enseñaría por Europa.

Muchas gracias.

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

Ahora es el turno del Grupo Parlamentario Mixto. En primer lugar, tiene la palabra la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Gracias.

Estamos frente a un buen plan. Es bueno tratar a los pacientes, eso todo el mundo lo tiene claro, creo que en eso no vamos a discrepar, pero sí que es importante reconocer en qué estamos fallando para mejorarlo y para conseguir que el tratamiento y la incidencia de este plan sean mejores. Por eso pensamos que es importantísimo incidir mucho más en la detección de los casos en los que en este momento cojeamos un poco y en la formación de los profesionales. Aunque tenemos unos magníficos profesionales trabajando y gracias a ellos y a ellas la mayoría de las veces esto es posible, es importante que tengan una buena formación y que sepan abordar estas situaciones. También creemos que es importantísimo trabajar directamente en la prevención de la infección. Estamos hablando de una enfermedad que con una buena prevención se puede eliminar en relativamente poco tiempo. Estamos de acuerdo con los compañeros de Ciudadanos, aunque choque que es importante trabajar directamente con la población penitenciaria. Estamos hablando de que hay una incidencia del 20% de infección; en el país del mundo con más infección, que es Egipto, hay un 14%, y nuestra población reclusa está en torno al 20%. Por tanto, tenemos que trabajar directamente con la población reclusa, que además en muchos de los casos tiene otras patologías asociadas aparte de la hepatitis C.

Nos gustaría saber qué actuaciones concretas se van a llevar a cabo con esta población y si se va a trabajar de una manera activa para transferir las competencias de la sanidad penitenciaria de las comunidades autónomas, como están transferidas todas las otras competencias de sanidad pública, para conseguir que ese tratamiento sea efectivo y que la población reclusa efectivamente tenga las mismas oportunidades de curación que el resto de población.

Por último, simplemente quiero decir que es importantísimo empezar a reducir las restricciones administrativas para tratar a los pacientes, que es importante empezar a tratar gente con menos afección; eso reduciría también los gastos, ya que necesitan una inversión mucho menor en el tratamiento. Recalcamos la transparencia tanto en la administración de los tratamientos en las diferentes comunidades autónomas como en el gasto que se hace para poder tratar la hepatitis C.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sorlí.
Señor Campuzano.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 11

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Gracias, señor presidente.

El Partit Demòcrata también agradece la comparecencia del secretario. Es evidente que debemos enmarcar esta discusión en los otros problemas y necesidades que el sistema de salud tiene planteados. Lo digo porque a veces podemos discutir sobre una patología concreta, sobre un plan concreto, pero es evidente que en los últimos tiempos el sistema de salud, que está gestionado por las comunidades autónomas, ha tenido que hacer frente a una evidencia, que es una insuficiencia crónica de recursos. Lo digo también porque la existencia de ese propio plan expresa las debilidades del conjunto del sistema. Si el sistema tuviese las fortalezas que debiera tener, quizás el ministerio no tendría que articular ninguna política específica en relación con el mismo. Aquí hay un debate que hoy no podemos abrir, pero hay que recordar que nuestro sistema de salud está infrafinanciado y que algunas de las debilidades que se han apuntado en las intervenciones tienen que ver con esa realidad.

En segundo lugar, es bueno que el ministerio desarrolle estrategias, pero aquello que permite la real atención a las personas es el papel que juegan las comunidades autónomas. Además, la garantía de la igualdad no está tanto en cómo se abordan las cuestiones en cada uno de los territorios, sino en la capacidad de garantizar a través de la financiación un gasto per cápita suficiente. En tercer lugar, tiene también que ver con la política de construcción de los precios de los medicamentos. Ahí el ministerio, evidentemente, tiene también sus responsabilidades.

Todos coincidiremos, porque es lo que nos dicen los expertos y las asociaciones de pacientes, en que hay que poner el acento en la prevención. En la prevención tenemos el gran reto, y aquí deberíamos ser más ambiciosos de lo que lo hemos sido hasta ahora. Es evidente que en los próximos años las acciones que incrementen la prevención y, por tanto, el tratamiento prematuro van a exigir más recursos que los que hemos destinado a esta política. Nuestro grupo va a ser exigente en ese sentido. Agradecemos su comparecencia, pero nos sigue preocupando la convicción que hoy se tiene de que el nivel de conocimiento real sobre la dimensión de esta enfermedad podría ser mejor. Por tanto, va a ser imprescindible cualquier esfuerzo que se haga para avanzar no en la población estimada sino en la población real.

En último lugar, nos gustaría conocer —el secretario lo ha mencionado, pero valdría la pena profundizar en ello— cuáles son las relaciones y las conversaciones mantenidas en estos momentos con la industria farmacéutica para que los precios de los medicamentos innovadores sean asequibles.

Gracias.

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

El Grupo Vasco ha excusado su presencia por enfermedad del titular. Por el Grupo de Esquerra Republicana, señor Olòriz tiene la palabra.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Muchas gracias, presidente. Muchas gracias, secretario general de Sanidad.

Política y memoria parece que a veces son incompatibles. La memoria se pierde muchas veces en la táctica política, en la presentación de determinados resultados. La memoria nos dice que sin la modulación y el esfuerzo de pacientes, amigos y conocidos difícilmente se habría respondido a una situación de este tipo. Se ha respondido tarde, y esperemos que no sea mal. En las reuniones que todos los grupos hemos tenido con afectados me quedó en la retina la mantenida con un joven que me dijo que doce semanas de tratamiento habían sido suficientes para limpiar el rastro de virus de hepatitis C. Luego hemos visto que las nuevas medicinas permiten unos resultados del 90% de eficacia, caso absolutamente inaudito en la farmacología. Y todo esto se sabía hace un tiempo y se resistió mucho tiempo en reconocer la necesidad de poder aplicar este recurso a los pacientes que lo necesitaban, tanto es así que el Juzgado de Instrucción número 3 de Santiago ha citado a declarar en calidad de investigados a dos altos cargos del Servicio Gallego de Salud, por retraso en el suministro de fármacos a pacientes afectados de hepatitis C, algunos de los cuales habrían fallecido sin recibirlos. Esto lo ligaría con la información que nos aportaba el portavoz de Ciudadanos. ¿Por qué se ha llegado en Galicia a esta situación y no en otros sitios? Por la tozudez de las batas blancas. Es decir, por un grupo de personas que han sido tozudas, consiguiendo que esto fuese a los tribunales. Puede que en otros casos los grupos hayan sido menos tozudos, pero estoy seguro de que, en situaciones como estas, desgraciadamente, pocas administraciones no estarían involucradas de una manera u otra.

En política la excusa es más importante que la memoria. Las excusas muchas veces están fundamentadas, y en la sociedad en la que vivimos qué mejor excusa que el dinero —poderoso caballero es don Dinero—, si el dinero es tuyo o es mío, si el dinero me lo has de transferir o si el dinero lo tengo o no lo tengo, y mientras tanto hay gente que está sufriendo. Es importante que lo que es normal en la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 12

sociedad penetre un poco más en la política y en la Administración, porque la cuestión del tiempo en política es como un túnel del tiempo. La política congela el tiempo, mientras que en la realidad el tiempo se consume y tiene resultados terribles.

Por lo que veo en esta legislatura hay mucha más sensibilidad, al menos se vehicula a través de la palabra, y esperamos que esto tenga resultados —uno siempre ha sido optimista—, pero la realidad es tozuda. El tema de las prisiones es terrible, y aquí se han dado situaciones de todo tipo, desde quién paga a que el problema no existía. A veces, cuando se entra en prisión, parece que se pierde la llave y que los reclusos viven en un mundo con menos derechos que los otros, lo cual no es así en nuestra legislación. Por tanto, es bueno que se sitúe en este Congreso la gravedad de los hechos.

Cuando hablamos de don Dinero y cuando hablamos de la política, no me negarán la muy confortable situación de la que gozan las grandes industrias farmacéuticas desde el punto de vista de la comprensión de las mayorías políticas respecto de sus enormes necesidades. Realmente desconocemos los costes de fabricación y los costes en investigación, y el precio debería estar auditado y ser claro, pero no hay manera. Uno piensa que la soberanía nacional debería ser más importante que el poderoso caballero. ¿No será más importante este Congreso que el consejo de administración de una farmacéutica? A mí me parece que sí, pero, ¿nos lo creemos? A lo mejor las mayorías absolutas no se lo creen, pero espero que las mayorías relativas o el relativo ser de la política permitan que una amplia mayoría ponga estas cuestiones encima de la mesa, que se ponga el punto sobre las fés con relación a lo que puede hacer o no una industria farmacéutica en el Estado español.

Señorías, se debe restar fuerza de negociación a la industria. La industria tiene dos elementos de fuerza. Una está formada directamente por los políticos, pero aquí tengo un listado de cosas que se podrían hacer: Prohibir la formación de profesionales, financiación de sociedades y asociaciones de pacientes con fondos provenientes de la industria. Prohibir la financiación de las agencias del medicamento y de las agencias de evaluación por parte de la industria. Esto se puede hacer. Prohibir las puertas giratorias, que no solo existen en las eléctricas, así como los conflictos de intereses, así como que las personas que toman decisiones en un proceso de regulación estén ligadas directa o indirectamente a la industria farmacéutica. Esto lo podemos hacer, es cuestión de voluntad política, y entonces el relativo problema de don Dinero, de quién transfiere el dinero a quién, se podría reducir en cuanto al volumen de dinero que nos hemos de gastar los ciudadanos a través de los impuestos que gestiona el Gobierno. Supongo que estamos en ello, y lo mejor que podemos hacer para que los ciudadanos que están sufriendo esta situación encuentren en este Congreso la confianza necesaria, es llevar a cabo los actos políticos a los que estamos obligados.

Por otra parte, no sé hasta qué punto no soy profesional de la materia pero aquí se ha hablado de los grados en los cuales se puede tener acceso a estos medicamentos —y eso que yo soy agnóstico—, diría que milagrosos, se ha hablado de quién los ha de autorizar. Los autoriza el Gobierno, está claro. Pero aquí se ha dicho —le tomo la palabra al secretario, que creo que lo ha dicho—, que quien tendría que autorizarlo sería el hepatólogo. Creo que el hepatólogo, tenga el grado que tenga el enfermo, tendría que ser el que autorizara a aplicar un medicamento u otro. Hay casos en los que con lágrimas en los ojos un afectado te explica que él se ha salvado pero su compañero o compañera no, que personas que han luchado con él en esta situación tan larga y tan difícil no han conseguido salvarse, por lo que sería una manera de corresponder a la lucha y al esfuerzo. Cuando una persona lucha por sus derechos, lucha por los derechos de todos. A veces se puede pensar que lucha por su interés particular pero cuando una persona lucha, lucha por todos y si no que se lo digan a las 60.000 personas que han sido tratadas con este medicamento, buena parte de los cuales seguro que no se movilizaron en esta situación, pero que gracias a los que se movilizaron han tenido solución a su problema. Aquí tendremos tiempo de rendir homenaje a estas personas, pero tenemos la posibilidad de hacer las cosas mejor. En este caso, me dirijo a mis compañeros y compañeras, hagámoslo.

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

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Gracias al secretario general de Sanidad. Quiero expresar nuestro reconocimiento —como ha hecho el anterior compañero— a los distintos colectivos, gracias a cuyas movilizaciones se visibilizó el problema de salud que teníamos, movilizaciones que fueron el motor de la puesta en marcha del Plan estratégico

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 13

para el abordaje de la hepatitis C. En 2011 se inician los tratamientos novedosos, que son —como ya se ha comentado antes— los inhibidores de la proteasa, libres de interferón, etcétera. Pero fue en 2013-2014 cuando en el *New England* aparecieron las publicaciones de los nuevos ensayos clínicos fase 3, con los fármacos, con los antivirales directos, que son el gran avance que nos reúne aquí. Tienen una erradicación de alrededor del 96% y unos efectos secundarios mínimos, o sea que suponen un gran avance. ¿Cuál es el problema? El coste del fármaco. Por primera vez en nuestro país, insisto, por primera vez, un fármaco que está catalogado por la Organización Mundial de la Salud como esencial no se le puede dar a toda la población por el coste que tiene, por lo que solo está indicado —según el protocolo— para los pacientes que tienen un grado de fibrosis más avanzado. ¿Cómo se negocia el precio por el laboratorio Gilead? Gilead no negocia con los distintos países el precio de este producto, que sería lo correcto, sino que negocia el valor más alto que cada país puede pagar por el producto. Con lo cual nos encontramos con que el tratamiento en Estados Unidos se comercializa con un precio de 84.000 dólares mientras en Egipto se comercializa con un precio de 900 dólares. Esta gran disparidad de cifras en el coste del tratamiento plantea la agresividad del mercado en el que estamos, los privilegios que tienen las patentes y que la población y algunos Estados están claramente indefensos ante las leyes y la normativa que mantienen los privilegios de las multinacionales. En este punto me remito a lo que ha comentado el compañero anterior sobre las puertas giratorias, no se nos olvide que Felipe González es asesor de Farmaindustria. Son datos, pero esa es la realidad. Esta mañana en la SER expertos sanitarios han pedido un copago ya que el gasto sanitario puede duplicarse en la próxima década pero hay que tener en cuenta que esto será una realidad si seguimos con esta negociación con las multinacionales farmacéuticas. Por tanto, hay que plantearse otras formas de negociar.

Me voy a ajustar a los datos del ministerio, recogidos en sus informes. No voy a especular con cifras, me voy a ajustar a las cifras que ustedes dan. Hay 2.900 personas que están en la prisión infectadas por hepatitis C con un grado de fibrosis que, según el protocolo actual, F2, F3 y F4, tienen que ser tratados. Tenía aquí anotado que hasta mayo eran 1.100 los pacientes tratados pero el dato nuevo es que son 1.215 pero los 1.700 restantes, ¿por qué no se han tratado? Es una población perfectamente localizada, no es complicado, en principio. Desde 2015 se han tratado 60.348 pacientes, según los datos de mayo, según los nuevos datos alrededor de 65.000. Entonces, tenemos 20.595, según los datos del ministerio, en F0 y F1 y 16.614 con F2, F3 y F4, haciendo un total de 37.209 pacientes. El tratamiento que han negociado hace unos pocos meses con Farmaindustria está en torno a los 13.000 euros por tratamiento. Por lo tanto, si tratáramos a todos los pacientes que tenemos, tendríamos un coste de 484 millones de euros, que sería la mejor manera de erradicar la infección de la hepatitis C. La pregunta sería, ¿cuál será la política para 2017? Porque la exposición de la ministra es un poco confusa ya que dijo que serían alrededor de 200 millones y esa cifra no concuerda con la nuestra ni sabemos si realmente va a venir del Estado o con el concurso de las comunidades autónomas. Además, un escrito de su ministerio dice —textualmente— que se está considerando de modo preliminar extender tanto la duración del plan como el tratamiento a pacientes en menores grados de fibrosis, con lo que entendemos que sería también para los pacientes con F0 y F1, llegando a los 37.209 pacientes, con el coste que he comentado antes. Es importante que nos definan cuál es el objetivo para 2017, pacientes a tratar, si va a modificarse el protocolo como ya han adelantado ustedes y entonces serían todos los diagnosticados y cómo se va a realizar el presupuesto, si va a venir directamente del Estado.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Botejara.
Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Fernández.

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

Bienvenido, señor secretario general, a comparecer por primera vez en esta Comisión en esta legislatura. Esperemos que sean muchas más veces.

Lo primero que quiere el Grupo Parlamentario Socialista es hacer un reconocimiento a los resultados de este plan, por lo que nos hemos de felicitar todos porque, efectivamente, han sido tratados un número importante de pacientes, según las fechas entre 61.000 y 65.000 pacientes. Es un logro de todo el Sistema Nacional de Salud, de sus profesionales, de las administraciones y también de los pacientes porque con sus reivindicaciones hace ya más de dos años pusieron la hepatitis C en el punto de mira del Sistema Nacional de Salud. Ha sido un gran esfuerzo organizativo y financiero que nos ha costado casi 1.700 millones de euros y que ha dado sus resultados.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 14

El plan estratégico sin duda era un buen plan, pero se ha cumplido solo a medias. Y quiero aprovechar esta comparecencia también —pensaba hacerlo antes de saber que íbamos a hacer una declaración institucional— para reconocer el trabajo del doctor Rodes como presidente del Comité científico asesor. Digo que se ha cumplido solo a medias el plan porque si bien es verdad que se han logrado estos tratamientos, muchas de las líneas de actuación que ha mencionado el secretario general se han quedado sin cumplir. La primera —y me llama mucho la atención que usted no haya hecho ninguna mención en su presentación— es la falta de una estrategia de cribado y de búsqueda activa de casos de enfermedad. Es conocido que el virus de la hepatitis C predomina en una cierta cohorte de personas que por su edad tuvieron especial exposición a él, así como en otros grupos de población que por sus antecedentes de enfermedad, presencia de otras infecciones, condiciones de vida, países de origen o prácticas de riesgo tienen una mayor prevalencia de este virus. Es a esos pacientes a los que es preciso buscar y tratar con el doble objetivo de evitar la progresión de la enfermedad en estas personas y al mismo tiempo la transmisión del virus a otras.

En segundo lugar, porque existen colectivos de pacientes entre los que el acceso al tratamiento se sigue impidiendo, y este es el caso de la población reclusa, y ha sido mencionado aquí. Instituciones Penitenciarias no ha hecho absolutamente nada por tratar a los pacientes que están reclusos en las prisiones, solamente se ha tratado a aquellos de comunidades en las que los servicios autonómicos de salud han intervenido en las prisiones para hacerles llegar los tratamientos. Hay una litigiosidad absolutamente irresponsable sobre quién tiene que hacerse cargo del tratamiento de estas personas; sabemos que hay comunidades autónomas donde se están haciendo los tratamientos por los servicios autonómicos de salud, en otras se están haciendo los tratamientos facturando a Instituciones Penitenciarias e Instituciones Penitenciarias no paga, y en otras comunidades autónomas —y no citaré nombres pero todos las conocemos— simplemente no se trata a estas personas porque ni Instituciones Penitenciarias ni el servicio autonómico de salud correspondiente se quiere hacer cargo del tratamiento de las mismas.

No conocemos cuál es la distribución de tratamientos realizados por comunidad autónoma. No sé a qué grupo se refería el señor Igea cuando decía que hay grupos parlamentarios que apoyan la falta de transparencia del ministerio sobre estos datos. Desde luego no será al Grupo Parlamentario Socialista, que ha pedido información al ministerio sobre cuál es el número de casos tratados por comunidad autónoma y —como citaré más adelante— no nos han respondido. O, por ejemplo, los problemas que tienen los asegurados de las mutualidades de funcionarios en el acceso a estos tratamientos. Es hora de que el ministerio tome cartas en el asunto y asegure que el tratamiento de hepatitis C llega a todos los pacientes con una indicación del tratamiento de acuerdo al plan estratégico. No se ha desarrollado para nada la Estrategia de vigilancia de la enfermedad, prácticamente no se ha avanzado en el estudio de seroprevalencia dos años después —nos dice que va a haber resultados a finales de año—, ni en el sistema de información de nuevos diagnósticos —yo le pregunté hace unos meses sobre el número de casos nuevos y en la respuesta que me ha dado no me facilita ni una sola cifra—, ni en el registro de pacientes. Y no avanzaremos en la erradicación de la enfermedad si no contamos con esta información sobre la misma.

Tampoco se ha puesto en marcha una estrategia de prevención selectiva sobre los colectivos con especial riesgo de transmisión como los usuarios de drogas intravenosas, hombres que practican sexo con hombres, personas ya infectadas por VIH y otras. Y resulta lamentable —y permítame que me extienda en esto— la falta de transparencia que hay en torno a todo este plan. Yo le animo a echar un vistazo a la página web del ministerio. Usted ha hecho referencia a ella, sinceramente si a usted le parece que eso es presentable nacional e internacionalmente es que usted y yo tenemos estándares de transparencia diferentes. En la página web del ministerio sobre hepatitis C no hay más que un acceso al plan estratégico, hay un acceso a un documento que habla de cómo se va a hacer el registro de pacientes o la declaración de casos, y luego una serie de guías para profesionales sobre tratamiento y profilaxis, pero no hay ninguna otra información sobre cuáles son los resultados, los avances, los costes de los tratamientos, la prevalencia estimada, etcétera.

Usted sabe que en la legislatura anterior este grupo solicitó información sobre el plan y ustedes se negaron a responder. Pedimos una comparecencia del Gobierno y ustedes se negaron a comparecer. El 13 de octubre, en esta legislatura, yo le reiteré una serie de preguntas sobre el plan estratégico y ustedes no respondieron. Fue solamente cuando afeé esta conducta a la ministra cuando vino a la Comisión cuando ustedes han respondido tres meses después, no contestando prácticamente a ninguna de las preguntas que yo le hice. No me dan respuesta a cuál es el número de pacientes tratados por comunidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 15

autónoma ni por fase de hepatitis ni por tipo de tratamiento ni cuál es el número de nuevos casos. Sobre la cifra estimada de casos pendientes de tratar, me da una cifra que no tiene absolutamente ninguna coherencia con los datos de prevalencia que se reconocen internacionalmente. Dos años después de iniciado el plan me responde que siguen elaborando unas guías de recomendaciones sobre el cribado, una estrategia que es absolutamente esencial para erradicar la enfermedad. Sobre los costes de los tratamientos, me responde en dos líneas, que no sé si usted ha llegado a leer, diciéndome que es el coste recogido en sus correspondientes resoluciones de financiación. Señoría, yo le estoy pidiendo información veraz y concreta sobre cuáles son los costes de los tratamientos por paciente y por tipos de tratamiento y usted me dice que es el coste recogido en sus correspondientes resoluciones de financiación. Exigimos transparencia en un tema de tanta sensibilidad social y de tanto coste para los españoles. Si quiere la colaboración del Partido Socialista para abordar en el futuro un tema como la hepatitis C, vamos a exigir una transparencia completa.

Respecto a la financiación, ha habido un cúmulo de falsedades por parte del Gobierno. Usted ya ha dicho que prometieron que no iba a computar en el déficit y finalmente ha computado. Lo cierto es que las comunidades autónomas han tenido que hacer frente ellas solitas a un coste de 1.700 millones de euros en dos años; un coste que resulta insoportable y simplemente ustedes han diferido -eso sí, cobrándoles unas tasas de interés- a diez años el pago de estos 1.700 millones. Tengo que denunciar la absoluta opacidad de los acuerdos de precios con los laboratorios farmacéuticos. Como no tenemos datos, tenemos que hacer cuentas. Ustedes, en el plan estratégico, decían que tenían un techo de gasto de 786 millones para tratar a 51.900 pacientes; eso da un coste por paciente tratado de 15.000 euros. Pero según la ministra la semana pasada, ustedes dicen que han tratado 61.000 pacientes que han costado 1.640 millones de euros. Si hace la división, encontrará que el coste por paciente es de 26.000 euros. Si ustedes dijeron que había un techo de gasto de 786 millones, explíqueme por qué finalmente nos cuesta 1.640 —más del doble— y por qué el coste del tratamiento por paciente sube un 66%, desde 15.000 a 25.000 euros, cuando hemos tratado más pacientes y, por tanto, el coste unitario por paciente debería ser menor, y cuando además han aparecido otros medicamentos en el mercado que deberían haber reducido por simple competencia el coste de los tratamientos. Nos parece necesario e imprescindible conocer cuál ha sido el precio y las condiciones de esos acuerdos y queremos y pedimos al Gobierno que haga una renegociación de los precios con los laboratorios farmacéuticos para abaratar esos costes futuros.

Quiero hablar del futuro y con esto voy a concluir. Creo que el objetivo, señor Castrodeza, tiene que ser un objetivo compartido entre todos los agentes sociales, sanitarios y políticos para erradicar la hepatitis C en España. Es un objetivo alcanzable y si todos nos ponemos juntos a trabajar lo podremos hacer. Será la primera vez que conseguiremos erradicar una enfermedad en España y en el mundo sin disponer de una vacuna, pero para eso pedimos seis actuaciones. Una es una evaluación completa del plan anterior que traiga a esta Comisión de Sanidad lo antes posible, porque, insisto, evaluación y transparencia son condiciones previas e ineludibles para avanzar en el tratamiento de la hepatitis C. La segunda es una estrategia de cribado y de búsqueda activa de pacientes siguiendo recomendaciones internacionales ya existentes —recordemos que hay un 75% de pacientes infectados que no conocen el diagnóstico de su enfermedad- que haga posible la extensión de estos tratamientos a todos los pacientes con criterios profesionales de acuerdo con recomendaciones internacionales. Exigimos también que los profesionales que vayan a formar parte del comité asesor declaren sus posibles conflictos de intereses de una manera rigurosa, y que se valore también la seguridad de los tratamientos de estos medicamentos porque han surgido algunas informaciones recientemente sobre posibles problemas de seguridad clínica de estos tratamientos. Hay que priorizar el tratamiento en los colectivos de especial riesgo —población reclusa y pacientes infectados por VIH y otros, como las personas sin techo o inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia—; incorporar la atención primaria a los objetivos y estrategias del plan, algo a lo que ya se comprometió el ministro Alfonso Alonso en una comparecencia que hizo en la X Legislatura, pero que, por lo que sabemos, no se ha hecho, contando con una estrategia que informe a todos los profesionales de atención primaria de cuáles son los protocolos y guías de actuación sobre cribado, diagnóstico, tratamiento, derivación a unidades especializadas y sobre el seguimiento, así como en la incorporación de especialistas en atención primaria en el comité científico del nuevo plan estratégico; la renegociación de precios de los medicamentos —los cuales ya le he mencionado—; y una mayor previsión y rigor en la financiación. Sinceramente, no se entiende de dónde sacan ustedes que este año se van a gastar 200 millones de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 16

euros, cuando queda una población mucho mayor de la que ya ha sido tratada, de acuerdo con todos los números que hemos estado viendo y que usted mismo ha mencionado.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo, por favor.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Sí, concluyo.

También que se abra —tal y como se aprobó en la última Comisión de Sanidad que celebramos aquí— una línea de financiación especial para tratamientos innovadores que no suponga un coste añadido para las comunidades autónomas. Finalmente, le pedimos también que haya una presencia de las asociaciones de pacientes en los comités de seguimiento del nuevo plan, que —insisto— le pedimos que traiga a esta Comisión de Sanidad lo antes posible, previo acuerdo con el comité asesor, con las comunidades autónomas y con las asociaciones de pacientes.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Gracias, presidente.

Quisiéramos también agradecer la comparecencia del señor secretario general de Sanidad en esta Comisión, que hoy dedicamos a analizar y valorar el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C. Un plan elaborado a propuesta del Ministerio Sanidad por un magnífico equipo de profesionales expertos en la materia, cuyo objetivo era disminuir la morbimortalidad causada por el virus abordando la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Esto es algo que, en nombre de mi grupo, me gustaría poner en valor, porque fue un plan pionero y único, pues no era un plan solo de tratamientos, sino integral, para abordar la enfermedad desde todos los ámbitos y conseguir poder hablar del principio del fin de la misma. Esto fue así por cómo nació. Fue elaborado por un equipo multidisciplinar de magníficos profesionales dirigidos por el gran hepatólogo Joan Rodés, a quien nosotros también hoy aquí expresamos nuestro gran reconocimiento, que se hizo siguiendo únicamente criterios científicos y clínicos y nunca con ningún otro. Pero también algo muy importante para nuestro grupo, porque fue lo que dio lugar a la concepción del plan; el claro compromiso del Ministerio de Sanidad, ante la aparición de nuevos fármacos disruptivos, de que esto fuera una oportunidad para los pacientes frente a aquellos que, malintencionadamente, quisieron convertirlo en un problema. Ante la noticia de la aparición de nuevos fármacos que conseguían avanzar en la curación de la enfermedad, los responsables del Ministerio de Sanidad no dudaron de la oportunidad que esto suponía para los pacientes y en trabajar porque estos tuvieran acceso a los mismos, así como también conocer de forma completa la prevalencia de la misma, porque a pesar de que la hepatitis C era una enfermedad que se conocía desde los años noventa, en nuestro país, sorpresivamente, no existía ni un registro de personas afectadas ni un plan o programa sobre la misma. Por eso, creo que es de justicia —y mi grupo así lo quiere hacer— reconocer la magnífica gestión de este asunto al entonces ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, al secretario general, Rubén Moreno, y a quienes, como usted, formaban parte de aquel equipo. Las cosas se hicieron bien, con rigor y profesionalidad, teniendo únicamente como objetivo la curación de los enfermos. Nuestro Sistema Nacional de Salud se enfrentaba a un reto sin precedentes, un verdadero test para comprobar su fortaleza y, a la vista de los resultados obtenidos, creo que se ha demostrado su capacidad para afrontarlo; una capacidad que hay que reconocer que ha sido lograda, entre otras cosas, por las medidas de ahorro y eficiencia que el ministerio ha puesto en marcha y por la buena negociación que se llevó a cabo para la adquisición de los nuevos fármacos, que ha supuesto la posibilidad de incorporar a nuestro sistema público todo el arsenal terapéutico disponible a coste cero para los pacientes y sin poner en riesgo la sostenibilidad de nuestro sistema. Porque, como ustedes saben, el coste inicialmente previsto para el tratamiento de aquellos 52.000 pacientes más graves que establecía el plan y que superaba los 3.000 millones de euros quedó finalmente, gracias a esa magnífica gestión, en menos de la cuarta parte, en 727 millones de euros. Fuimos el primer país en incorporar los nuevos tratamientos a nuestro sistema público, como decía, a coste cero para los pacientes porque ese siempre fue el único objetivo del Gobierno. Y hoy, dos años después, escuchando la intervención del secretario general, la opinión de los profesionales y la experiencia de miles de pacientes, podemos decir que los objetivos del plan se están cumpliendo, principalmente el de reducir la morbimortalidad causada por el virus, porque, como usted bien ha informado, más de 65.500 pacientes han recibido ya su tratamiento y su efectividad es superior al 97 %.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 17

El Grupo Popular sí que se siente orgulloso de nuestro sistema sanitario y de sus magníficos profesionales y lamentamos que haya quienes quieran oscurecer o desprestigiar este trabajo con alguna otra intención, algo que estoy segura que no comparte la mayoría de los pacientes. El ministerio y todas las comunidades autónomas, incluida también Galicia, han mostrado un claro compromiso con los pacientes y han dedicado a los tratamientos de la hepatitis C todos los recursos necesarios, que siempre han seguido los criterios científicos y clínicos a la hora de la dispensación de los tratamientos. ¿Es por ello mi grupo triunfalista? Ni muchísimo menos. Como ha reconocido el propio secretario general de Sanidad, y más en materia de salud pública, todo es mejorable. Sabemos que hay que seguir avanzando en la dispensación de los tratamientos a todos los pacientes que lo necesiten conforme a los criterios de priorización fijados científicamente, incluso a aquellos que tengan grados de fibrosis menos significativas. Compartimos con usted, y también con otros grupos, la necesidad de ir evaluando y actualizando el plan en función de los resultados de la práctica clínica y de las innovaciones que han ido surgiendo, de seguir avanzando en la prevención y el diagnóstico precoz para conocer a todos los posibles afectados, así como en la investigación. Pero me gustaría decir, al hilo de algunas cosas que aquí se han oído, que no es cierto que en estas materias no se esté haciendo nada o que haya falta de transparencia en la ejecución del plan. Digo esto no solo por lo aquí informado por el secretario general, sino porque el Ministerio de Sanidad informa a través de la web de acceso público de la evolución del plan; en ese documento se informa del estado de ejecución y desarrollo de cada una de las líneas del plan y se da respuesta a muchas de las preguntas que hoy se han planteado. Hay que recordar que el plan es muy completo y ambicioso en sus objetivos porque, como digo, era el primero que se hacía y además no solo se dedicó a solucionar los criterios científico-técnicos para la dispensación de los tratamientos, sino que fue mucho más allá y abordó de manera integral toda la enfermedad; solo tiene veintidós meses de vigencia y aún queda un año para la inicialmente establecida. Por tanto, creo que es justo reconocer lo avanzado en menos de dos años. Fuimos el primer país en tratar a los pacientes con los nuevos medicamentos y hoy somos el único país que ha incorporado todo el arsenal terapéutico disponible y validado por la EMA a nuestro sistema público. Sí se dispone ya hoy, cosa que antes no ocurría, de fuentes de información para conocer el número de pacientes, el acceso a los medicamentos y resultados de salud con la creación del registro del plan, que permite conocer pacientes tratados, distribución por genotipo y grado de fibrosis y la evolución del tratamiento. Nos ha dicho el señor secretario general que se ha diseñado el estudio de la prevalencia en la población general, que se han elaborado guías de bioseguridad para los profesionales y que ya se ha realizado con las sociedades científicas que nos ha mencionado la guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VHC en poblaciones prioritarias en el ámbito de la atención primaria. También se nos ha informado —y así consta en la propia web del ministerio— que se están llevando a cabo diversos proyectos de investigación en el área de I+D+i a través del Instituto de Salud Carlos III. Y lo más importante, insisto, los pacientes siguen recibiendo su tratamiento y cada día hay más personas curadas, más de 65.500, porque ellos, las personas, los pacientes y sus familias, fueron siempre el *leitmotiv* del Gobierno para sacar este magnífico trabajo adelante. Es decir, el plan no ha estado nunca parado. Aun así, conscientes de que hay que seguir trabajando y avanzando, la ministra de Sanidad ha anunciado la intención de extender el plan hasta el año 2020. En definitiva, coincido con usted, señor Castrodeza, en que lo más justo y riguroso es calificar a este plan como un auténtico hito para nuestro país y que ha sido referente para otros países; un éxito en el que se debe seguir avanzando, mejorándolo en todo aquello que se deduzca de su evaluación y de los avances científicos.

A nuestro grupo le gustaría plantearle una serie de cuestiones que también han apuntado algún otro grupo. La primera es qué camino va a seguir a partir de ahora el plan. La segunda surge al hilo de su intervención. Nos ha dicho usted que hace unos días se ha celebrado una reunión en la OCDE, donde se ha hablado de este tema de los medicamentos innovadores, de su adquisición por los gobiernos, y me gustaría preguntarle si podría comentarnos qué se habló en ese órgano sobre este asunto de la adquisición de las innovaciones.

Termino, señor presidente. Quiero que mis últimas palabras sean para dar las gracias a cuantos hicieron posible que hoy miles de personas, los pacientes y sus familias, hayan conseguido librarse de un virus que tanto daño les hacía; a los responsables ministeriales y de las comunidades autónomas, a los magníficos profesionales de nuestro sistema sanitario, a las sociedades científicas y por supuesto a las asociaciones de pacientes. Pido hoy aquí que este plan sea ejemplo de cómo han de hacerse las cosas cuando hablamos de salud, cuando hablamos de personas; debemos hacerlo con consenso, construyendo y poniendo en valor todo lo bueno que tenemos y analizando desde la rigurosidad aquello que creemos que es susceptible de mejora. Puede haber matices, lo sé, puede haber cuestiones de diversa índole, incluso desencuentros, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 18

lo principal es la actitud y el compromiso con que todos afrontemos ese objetivo. Para el Grupo Popular más de 65.500 vidas salvadas son un buen ejemplo de cómo han de hacerse las cosas.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra para dar respuesta a las cuestiones planteadas el secretario general de Sanidad y Consumo, señor Castrodeza.

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

Gracias a todos los grupos que han intervenido por sus aportaciones y también por sus críticas, lo cual es bueno porque yo creo que avanzamos en las cosas cuando se conocen las limitaciones y los errores. A este secretario general no le importa recibir críticas, pero sí quiero poner en valor algunos aspectos. La parlamentaria del Grupo Popular hacía referencia a las 65.000 personas que en veintidós meses en nuestro país han podido tener una expectativa de vida, un dato incuestionable. Estamos hablando de que 3.000 personas mensualmente, 100 personas al día, 5 personas cada hora se han visto libres del virus de la hepatitis C. Todos compartimos que estos son hechos penosos que hay que evitar por todos los medios, y como ante todo soy persona, después médico y después secretario general, yo creo que los datos hay que ponerlos en su justa medida. Creo que es un esfuerzo de la sociedad española y que nos tenemos que sentir orgullosos de llegar hasta aquí. Todavía quedan cosas por hacer, por supuesto, porque el plan no ha terminado. Hoy se ha presentado un balance de cómo está el plan. Recuerden ustedes que cuando se creó este plan hablábamos de tres años de duración, 52.000 personas -no pacientes, personas- era nuestra estimación inicialmente a partir de los datos ofrecidos por las comunidades autónomas. Hoy estamos hablando aquí de veintidós meses, no hemos llegado todavía a los treinta y seis meses, y ya son 65.000 personas; todo ello con el esfuerzo de todos, porque los presupuestos que aprueban los gobiernos, sean presupuestos que paga el Gobierno, que transfiere a la comunidad autónoma o que pagan unos u otros, salen del esfuerzo colectivo de esta sociedad. Creo que es uno de los temas en los que no podemos perder el horizonte. El Sistema Nacional de Salud es un valor incuestionable de nuestra sociedad y de nuestro Estado del bienestar y en ningún otro país esto habría sido posible a coste cero para el ciudadano, para la persona que necesite este tratamiento; es un esfuerzo colectivo. La dimensión en el tiempo —y muchos de ustedes estarán aquí— nos dará la percepción de lo que ha supuesto la implementación de este plan en la evolución de una enfermedad como la hepatitis C y en la evolución de la salud de unos ciudadanos que estaban afectados por este problema. Cuando pase el tiempo lo veremos sin este apasionamiento que es legítimo y es bueno, político o de posición o de Gobierno. Cuando lo veamos con frialdad lo podremos analizar. Sin ánimo de ser pretencioso, les puedo decir que he asistido a muchas crisis sanitarias en mi vida profesional pero esta se ha solucionado de tal forma que puede hacer cambiar la definición de la hepatitis C crónica en los anales de la medicina porque deja de ser crónica, desaparece la infección; incluso los textos podrán tener que plantearse el concepto de si la hepatitis C sigue siendo llamada crónica o la tenemos que definir de alguna otra forma.

Quiero responder a algunas de las cuestiones que ustedes me han planteado. Primero, todavía no hemos terminado el plan y queremos continuarlo pero esto saben ustedes que tiene que ser refrendado en el consejo interterritorial. Nuestro objetivo es llevar el plan a ese consejo interterritorial para debatirlo con las comunidades autónomas que, como saben ustedes, son las que tienen la capacidad de gestión de todas las actuaciones que se ponen en marcha porque al ministerio, por nuestro ordenamiento jurídico, le corresponde lo que le corresponde. Por lo tanto, sigamos trabajando. Totalmente de acuerdo con el portavoz del Grupo Socialista. Recibí su apoyo y vamos a seguir trabajando en cada uno de los temas que usted nos ha dicho. No quiero entrar en cada uno de los matices.

Hasta el año 2015 este país no vigilaba las declaraciones de enfermedades de declaración obligatoria, de hepatitis C. Estaban dentro de un cajón de sastre que se llamaba otras hepatitis; teníamos la A, la B y otras hepatitis. Este Gobierno, nuestro Gobierno, este ministerio, es el que ha modificado el anexo 2 del real decreto que regula desde el año 1995 la vigilancia epidemiológica en España, y por vez primera aparece la hepatitis C. No podemos ofrecer datos contundentes porque las series son poco concluyentes y lo peor que hay en epidemiología es carecer de información fiable porque nuestras decisiones van a ser, cuando menos, ineficientes. A partir de ahora, a medida que se vaya nutriendo esta información, iremos disponiendo de información relevante. Se aprobó una guía de bioseguridad. Sí, en el año 2015, en el consejo interterritorial de ese año, se aprobó una norma de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 19

bioseguridad que trata, de alguna forma, de evitar los riesgos potenciales que existen —es verdad— en la manipulación y en la utilización de instrumentos en la práctica profesional. Tenemos datos de los brotes que ha habido de acumulación de casos en centros hospitalarios pero este plan, al reducir 65.000 personas su capacidad infectiva, también está avanzando en un valor añadido y es que estamos reduciendo el riesgo de transmisividad por los actos médico-quirúrgicos. Por lo tanto, algo hemos hecho.

En cuanto a los estudios de prevalencia, les puedo adelantar que la primera estimación que teníamos era de un 1,7 en España. Ya hay datos publicados, sobre todo en la Comunidad de Navarra, que hablan de que la prevalencia en España es más baja del 1,7 —me refiero a datos que están comunicados en la literatura científica—; es del 0,8. Pero es verdad que hasta que no concluyamos el estudio de seroprevalencia que vamos a poner en marcha a finales de este año no podremos tener una estimación. Les recuerdo que una cosa es tener anticuerpos y otra tener una infección crónica. El aclaramiento de los anticuerpos se produce en un elevado grado de gente y, por lo tanto, podemos encontrar una persona que en un momento determinado tenga anticuerpos y que al cabo de un tiempo aclare y no sea un potencial caso.

Falta de transparencia. Creo que si ustedes, como ha dicho la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, consultan la página web, verán la información disponible que ofrece a fecha de noviembre de 2016. Otra cuestión es que queramos mayor nivel de detalle; todo es cuestionable, todo es opinable y todo es mejorable, pero sí existe una información en este sentido. Hoy no presentamos la evaluación del plan; hoy presentamos una comparecencia del secretario general sobre un plan que está vigente y que seguirá siendo trabajado. En el propio documento del diagnóstico precoz que hemos hecho se dan recomendaciones sobre el cribado. Ya el propio plan, en su estrategia número 1, habla de poner en marcha el cribado en grupos especiales. Evidentemente, el ministerio va a impulsar que las comunidades autónomas, que son las que tienen esa competencia porque son las que atienden el servicio de salud, lo pongan en marcha.

El representante del Grupo Socialista ha hecho un comentario sobre la información de confidencialidad o conflicto de intereses del comité asesor. Uno de los primeros actos que todos los miembros del comité asesor y del comité institucional hicieron cuando se constituyó fue firmar un conflicto de intereses para evitar que hubiera sido polémico. Lo hicieron todos, incluido el que suscribe esta comparecencia. Evaluar la seguridad. Ya he hablado de una de las líneas estratégicas que nos ha rendido datos sobre la seguridad de estos medicamentos. Hay que resaltar que de la hepatitis C todavía desconocemos algunos aspectos. Es una enfermedad reciente —año 1990—, por lo tanto, hasta ahora no conocemos su historia natural. Tenemos que darnos un poco de tiempo, ser humildes y seguir trabajando sobre su conocimiento y también sobre la seguridad. Son medicamentos que han aparecido hace poco tiempo y qué mejor que el SITHepC, que es el programa de registro que se va nutriendo del seguimiento de estos pacientes, para tener evidencia de las incidencias que se vayan produciendo. A medida que ese programa se va nutriendo de los datos, la Administración, junto con las comunidades autónomas, podrá tener datos muchos más fiables. Ya les adelanto que una de las líneas que se habilitó con un grupo importante español a través del Carlos III es precisamente hablar de estos temas de seguridad en los que se ha tratado de determinados problemas que en estos momentos se están estudiando en el Comité europeo de evaluación de riesgos de farmacovigilancia, en el que España y Francia van a ser los coproponentes de las conclusiones de este comité, que es el encargado de medir la seguridad de los medicamentos. Priorizar los tratamientos. España ha hecho un gran esfuerzo en la incorporación. Sé que se han planteado aquí ejemplos con los que estoy de acuerdo y lamentamos lo ocurrido —es verdad, la pérdida de una vida es impagable y nosotros, que somos sanitarios, tenemos que tener eso como objetivo—, pero España ha hecho un esfuerzo por incorporar lo antes posible esos tratamientos, con tasas de efectividad para nada comparables con las que se venían obteniendo con ribavirina, interferón, etcétera, que no voy a decir que estén duplicadas, pero que han pasado de un 50 % a casi un 98 %. Incorporar la atención primaria a los objetivos del plan. Qué mejor que el manual de diagnóstico precoz con las tres sociedades de atención primaria y con la Sociedad española de patología. Incorporar especialistas a los equipos. Creo que se va a incorporar cualquier opinión en este sentido con otras sociedades científicas, y el comité coordinador lo va a tener. Mayor precisión y rigor. No conozco que tras la implantación de un plan se rinda con todo detalle cantidad de objetivos. Aquí hay muchos objetivos comunicados. Nos pueden faltar algunos, pero en la medida en que se disponga de información y los expertos y el comité institucional lo propongan, lo iremos incorporando.

En cuanto a los 200 millones de euros, creo que la ministra se refirió —y no voy a hacer ningún comentario— a que las estimaciones previstas, en función de la evolución de precios, de nuestra experiencia y de la estimación del número de casos que faltan por tratar, probablemente se muevan en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 20

esas cifras. Al hilo de esto es muy importante que el clínico —y vuelvo a recalcar este concepto— valore qué personas deben recibir el tratamiento. En esta enfermedad, por poner un ejemplo, no es lo mismo una persona joven con un F1 que una persona mayor con un F1. La evolución de la enfermedad en muchos casos tiene unas características totalmente distintas. Por lo tanto, dejemos que los expertos clínicos de la red hospitalaria española o de las comunidades autónomas sean los que, con unas normas genéricas, avancen en este escenario. Han hablado del comité de seguimiento en cuanto al tema de los pacientes. Claro que ese comité de coordinación va a tener presencia de los pacientes. A la entrada me he reunido con una persona que me ha preguntado sobre ese tema, y ahí van a estar. Esto en cuanto a la parte que correspondía al Grupo Parlamentario Socialista, que me ha hecho un comentario sobre este asunto.

La representante de Podemos me ha preguntado sobre algunos de los aspectos de los F0 y F1, y vuelvo a decirle que ya el plan en su texto priorizaba o hacía referencia a F0 y F1. Le digo lo mismo, este es uno de los temas que está en debate. El viernes tenemos una reunión con los expertos para que ellos nos avancen la oportunidad de cómo va a ir ese tratamiento, y evidentemente todo esto tendrá que ser refrendado por el Consejo interterritorial, pero dependiendo de los casos y del criterio clínico F0 y F1 pueden ser personas que reciban el tratamiento. ¿De acuerdo? Por tanto, F0 y F1 ya están contemplados.

Comparto algunas de las reflexiones que hace el representante de Esquerra. Es verdad, estamos en un momento donde la innovación y la sostenibilidad del sistema nos tienen que llevar a una reflexión —se está planteando— sobre el coste de fabricación y el coste de dispensación en el tema de los medicamentos. Quiero hacerle una matización, yo no he dicho que sea el médico el que autorice el medicamento, sino el que lo prescriba. **(El señor Olòriz Serra hace gestos de asentimiento)**. El proceso de autorización está regulado en el entorno internacional, en el entorno europeo y en el entorno nacional. La autorización corresponde a la Agencia Europea del Medicamento y, en nuestro país, a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Sí que es verdad que en los próximos meses o años vamos a asistir a un debate importante sobre los medicamentos innovadores, los medicamentos huérfanos, frente a los cuales la sociedad va a tener que estar preparada, porque van a tener que congeniar distintas variables. Este es un debate que está presente, en esa reunión de la OCDE surgió este tema, por tanto, en respuesta al grupo parlamentario, creo que ese es uno de los retos que tenemos que alcanzar y tener presente.

El señor Campuzano hacía una mención a la importancia de la prevención, con lo que estoy totalmente de acuerdo. Yo creo que uno de los ejes fundamentales a futuro, una vez superado el problema acuciante que representaba un colectivo de personas que estaba en unos estadios muy avanzados y cuyas vidas corrían un gran riesgo, es dirigir el foco a las estrategias de prevención. Ahora bien, no nos olvidemos ni nos engañemos, la prevención es un conjunto de medidas que se aplican para que las personas las cumplamos, es decir, por un lado hay información, por otro lado hay formación, y por otro hay un cambio de comportamiento, un cambio de conducta. Este no es un esfuerzo por el que las administraciones —ya sea la central, las administraciones autonómicas, me da igual— o los profesionales recomendemos unos comportamientos para que el ciudadano o la persona adopte ese rol para cambiar esos hábitos. Por tanto, estoy totalmente de acuerdo en que la prevención siempre es la gran olvidada en las estrategias de salud y, desde aquel informe clásico de Canadá de los cuatro pilares de las acciones o de los factores de riesgo de la salud, la prevención es un tema absolutamente importante. Usted se ha referido además a la mejora de la información, y ya he comentado el tema de la declaración como un ejemplo.

La señora Sorlí me hacía también algún comentario sobre el tema penitenciario. Les he trasladado los datos de los que disponemos de Instituciones Penitenciarias. Los últimos datos arrojan una tasa de prevalencia de virus de la hepatitis C entre la población penitenciaria del 18,7 %, con carga viral un 11 %, y se estima alrededor de 5.000 internos; de F2 a F4 hay 2.900, como decía la representante de Podemos, y hasta ahora se han tratado 1.215. Saben que el ministerio no es competente en la sanidad penitenciaria, y me consta que este es uno de los debates que se está trabajando con las comunidades autónomas y creo recordar que en este país hay algunas comunidades autónomas que tienen transferida la competencia en materia penitenciaria y que el resto todavía no las tiene. Ese es un debate que no rechazo, cuya pauta no me corresponde marcar por respeto, ya que no tengo competencia en esta línea.

El señor Igea —somos mayores conocidos, por no decir viejos conocidos— empezaba haciendo un comentario sobre un ciudadano. Lamento profundamente lo ocurrido y espero que entre todos hagamos lo posible para que no se produzcan casos como este, pero es verdad que hay protocolos de bioseguridad. **(El señor Igea Arisqueta hace gestos de asentimiento)**. Le invito a que consulte la página web porque es una de las acciones en la que hemos trabajado. Todo es mejorable, señor Igea, evidentemente, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 21

usted estará conmigo en que este es un logro muy relevante para la sociedad española, más allá de opiniones un poco exageradas, a las que ya estoy acostumbrado por su prosa.

He pretendido contestar a los hitos más relevantes que se han planteado, pero no quiero terminar sin poner en valor lo que ha representado la hepatitis C. Como decía el señor Igea, entre 2.500 y 3.000 personas fallecen anualmente de hepatitis C en nuestro país. Con esta medida hemos evitado que fallezcan entre 2.500 y 3.000 personas, que es lo más importante, pero aparte de proteger la salud quiero que hagan un cálculo mental. Si consultan en la página web, que dicen que tiene poca transparencia, el epígrafe de hepatitis del apartado de GRD, grupos relacionados con el diagnóstico, verán, entre otros aspectos, la estancia media que supone un enfermo de esta naturaleza, el coste medio que supone un enfermo de esta naturaleza. No digo que esto sea lo más importante, es sucedáneo. Lo digo para poner en valor la inversión o el gasto que ha hecho, y que seguirá haciendo, nuestra sociedad en atender este problema, así como el beneficio que para los gestores representan las actuaciones. Simplemente con que ustedes hagan un cálculo extraerán una conclusión. Si tengo que volver aquí a comparecer, podremos debatir sobre el alcance de esas consecuencias, sin contabilizar la esfera laboral, la esfera social, la esfera afectiva, la transmisibilidad y todo el conjunto de actuaciones o de riesgos que se derivan de la reducción de este problema en nuestro entorno. Este es un reto de la sociedad española. Estoy convencido que con el apoyo, el asesoramiento y la crítica de todos ustedes haremos que este plan sea lo mejor posible y reduciremos a situaciones muy poco relevantes la situación de la hepatitis C en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Gracias, presidente.

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

En nombre de la Comisión, le agradezco su presencia y sus explicaciones. Nos seguiremos viendo y escuchando.

Suspendemos unos tres minutos la sesión porque la siguiente comparecencia se va a realizar en *power point* y parece que todavía no está preparado. A ver si en esos tres minutos lo conseguimos. **(Pausa)**.

— DEL MIEMBRO DEL COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (ALBILLOS MARTÍNEZ), PARA INFORMAR SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN Y EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000125).

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos la sesión de la Comisión dando la bienvenida a don Agustín Albillos Martínez, miembro del Comité científico asesor del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, para informar sobre la implementación y el desarrollo del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C, en esta ocasión a petición del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Albillos.

El señor **MIEMBRO DEL COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** (Albillos Martínez): Muchas gracias, señor presidente.

Señoras y señores, buenos días.

La agenda de mi presentación versará, en primer lugar, sobre los antecedentes del plan nacional, conjuntamente presentaré cuáles son los objetivos y resultados —en aras de la brevedad—, en salud que se esperan de todo ello y las propuestas de futuro y la continuidad del plan. Daré unos conceptos muy someros sobre lo que es la hepatitis C, enfermedad relativamente frecuente, con una historia natural conocida y predecible, en la que un 70 % de los infectados desarrollan una infección crónica —se cronifica la infección— y ello genera la fibrosis, el endurecimiento del hígado. Es importante mencionar que el ritmo de progresión de esta fibrosis es heterogéneo y variable entre los pacientes, por lo que en algunos de ellos evoluciona a cirrosis, condición a partir de la cual se desarrollan las complicaciones de la cirrosis y el riesgo de hepatocarcinoma, siendo la hepatitis C la principal causa de cirrosis y hepatocarcinoma en muchos países, entre ellos el nuestro. También quiero mencionar que el alcance de la enfermedad no solamente se circunscribe al hígado, sino que se extiende a nivel sistémico, contribuyendo a patologías

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 22

tan frecuentes como la diabetes, el síndrome metabólico y la resistencia a la insulina. Centrándonos en el tratamiento antiviral, hay que destacar que en absoluto se da de forma crónica, su objetivo es curar la infección, eliminar el virus de la sangre y evitar la continuidad, así el paciente no necesita recibir crónicamente tratamiento. Inicialmente, este objetivo se trataba de lograr con fármacos con interferón y ribavirina, medicaciones basadas en el interferón los cuales, a lo sumo, tenían una escasa eficacia en la curación de la infección, en los mejores momentos no superior al 50 % y con una toxicidad alta. Es con el advenimiento de los antivirales de acción directa con los que logramos una alta eficacia en la curación de la infección y, sobre todo, una alta seguridad, siendo susceptibles de tratamiento en este momento los pacientes que más lo necesitan, que son los pacientes con cirrosis. Curando la infección tratamos de mejorar o curar la enfermedad hepática -una cosa es curar la infección y otra es mejorar o curar la enfermedad hepática-, lo cual se ha demostrado que disminuye las complicaciones de la misma y la morbimortalidad asociada.

¿Cuál era el escenario de la hepatitis C antes de la llegada del Plan estratégico nacional? En la parte superior de la diapositiva reflejo no el momento en que fueron aprobados, sino el momento en que se financiaron los distintos antivirales de acción directa. Aquí figuran los de primera generación y el año anterior al lanzamiento del plan se aprueban otros dos antivirales de acción directa, el sofosbuvir y simeprevir.

A finales de ese año también tiene lugar la II Conferencia de consenso de virus de la hepatitis C, realizada conjuntamente por la Asociación Española para el Estudio del Hígado y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, que refrenda la validez, la vigencia y la utilidad de las terapias libres de interferón, siguiendo la estela de las recomendaciones que habían hecho la Sociedad Europea y la Sociedad Americana para el Estudio del Hígado. A principios del año 2015, se lanza entonces el plan estratégico y durante el año 2015 y más recientemente ya en 2016 se aprueba la financiación de otros antivirales de acción directa.

Esta diapositiva lo que trata de mostrar es que la hepatitis C ya existía y estaba presupuestada en las comunidades autónomas y por los servicios de salud antes del Plan estratégico nacional, antes de los antivirales de acción directa. En el año 2011, que es el año de máxima utilización de tratamientos basados en interferón, se trataron 10.000 pacientes; posteriormente existe una espera de los pacientes por una recomendación de los médicos hacia ellos de esperar su tratamiento, conscientes del advenimiento de los antivirales de acción directa. En el año 2014 con los antivirales de primera generación se produce un repunte, pero todavía existen muchas restricciones y dificultades para su uso, y no es hasta la llegada del plan estratégico cuando se dispara el tratamiento de estos pacientes. Repito que la hepatitis C ya estaba presupuestada, ya se trataba, ya se utilizaban terapias basadas en interferón, tantas como 10.000 pacientes anuales.

Existen una serie de razones que convergen —no están puestas por orden jerárquico— por las que se desarrolla el Plan estratégico nacional y por las que tiene lugar el lanzamiento de este plan. Junto a esta evidencia científica, que era ya abrumadora, existía un marco empresarial que empezaba a ser más competitivo, un entorno político y administrativo que fue propicio y el compromiso de las sociedades científicas y la contribución de las asociaciones de pacientes de la sociedad civil. —Repito que está lista no es en absoluto jerárquica—. El 14 de enero de 2015 el Ministerio de Sanidad forma el grupo de trabajo con un comité técnico de redacción del propio Ministerio de Sanidad, un comité científico asesor que redacta un plan que es refrendado por unos revisores externos; comité científico asesor al que he tenido el honor de pertenecer. Esta es una de las últimas, quizá la última foto oficial del profesor Rodes, cuya talla profesional y humana ha sido suficientemente —aunque esto nunca es suficiente—, ponderada en esta Comisión, y sirva esta fotografía como homenaje a su memoria.

El 1 de abril de 2015 se lanza el plan estratégico, cuyos objetivos y resultados les presentaré rápidamente continuación. El objetivo general desde luego era ambicioso: disminuir la morbimortalidad por el virus de la hepatitis C con cuatro líneas estratégicas y una duración —eso es importante mencionarlo— de tres años. El plan estratégico, como he dicho, nace por la necesidad de que los pacientes reciban una medicación que ya había demostrado su utilidad. Y se tiene la habilidad de integrar esa necesidad terapéutica en el seno de una estrategia global de prevención primaria y secundaria de tratamiento de la hepatitis viral y también de proyectos de I+D. No obstante, la línea 2, es la estrategia terapéutica, que ha sido el *primum movere* del propio plan, es a la primera que me referiré y en la que más insistiré. Entre los objetivos específicos de la misma he de destacar que ya en aquel momento como criterio general se establece que todos los pacientes van a ser candidatos a tratamiento antiviral, pero que con el objetivo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 23

la propia justicia y del reparto de recursos hay que priorizar el acceso de los pacientes al tratamiento, estrategia que ha de actualizarse conforme a la evidencia científica. El primer problema era saber cuántos pacientes iban a ser subsidiarios de tratamiento y qué capacidad teníamos para tratarlos en un momento tan perentorio como era aquel. Para eso hubo que basarse en los datos que facilitaron las comunidades autónomas en una situación nacional en la que no había registros oficiales de pacientes ni tampoco veníamos de un plan previo. Se estableció groseramente que había un número de 52.000 pacientes que, desde el punto de vista del soporte de este dato, podía venir de estimar una prevalencia de la hepatitis C del 1,2% en la parte media del rango de la misma, con una tasa de diagnóstico del 20% y un porcentaje de pacientes igual o mayor a F2 del 54%. Esto daba el resultado de 52.000 pacientes, que es redondeando el número que habían facilitado las comunidades autónomas.

El plan —esta diapositiva está sacada de la propia página web del Ministerio de Sanidad—, a fecha de hoy, ha tratado a 65.252 pacientes con una media de 2.852 pacientes que han iniciado el tratamiento al mes. El ritmo de inclusión de los pacientes en las distintas comunidades autónomas ha sido variable —esta diapositiva ya he visto que ha sido antes objeto de discusión y controversia—, si bien en los últimos meses se ha acelerado la inclusión en algunas comunidades que podían tener un ritmo más lento para igualarse al resto del Estado. ¿Qué pacientes se han tratado? En esta diapositiva de resultados hay que destacar que de los 65.252 pacientes un 63% tenían una fibrosis avanzada F3 o F4, un 25% tenían F2 y un 11% de los pacientes tenían una fibrosis leve o no tenían fibrosis. La respuesta viral sostenida, la curación de la enfermedad, ha sido del 97%. Quiero destacar otro aspecto muy importante que está en las diapositivas que hay en la página web el ministerio. La mediana de edad de estas personas era de cincuenta y cinco años, lo que refleja que eran personas —aunque es difícil decir cuál es la edad *princeps* de la vida— plenamente productivas y de estado vital y, siendo esta la mediana, da idea de que había un grupo de pacientes bastante más jóvenes de esta edad.

La tercera línea estratégica se refería a coordinación y evaluación —ya se ha hablado de ella— y trataba de armonizar, dar continuidad y hacer un seguimiento del plan en aras de la equidad y evaluar los resultados. El órgano que mejor ha cumplido este cometido ha sido el Comité Institucional, que ha tenido diferentes reuniones. Durante la evolución del mismo se consideró que la voz de las asociaciones de pacientes y de las sociedades científicas debería incluirse con más amplitud, y así se ha gestionado esta representatividad en el seno de un comité coordinador, pero durante estos meses hemos trabajado con un comité institucional y un el registro de pacientes. El registro de pacientes quizá no ha dado el fruto esperado por algunos problemas técnicos y porque también la información que proporciona este SITHepaC está basada en los datos que mandan las comunidades autónomas, y la propia página web del ministerio señala la diferencia entre los pacientes contabilizados por determinadas comunidades autónomas —por ejemplo, esta— y el número de registros basales que ha habido, y mucho más con los datos de seguimiento de respuesta viral sostenida. Por lo tanto, la estimación de la eficacia puede hacerse por registros locales de cada una de las comunidades autónomas.

La primera línea estratégica —ya les he dicho que no iba a ir por un orden correlativo— ha sido la de epidemiología y prevención. Trataba de paliar el problema que teníamos inicialmente sobre la cuantificación de la magnitud del problema y las estrategias de prevención primaria y secundaria. Ya se ha extendido el secretario general sobre las acciones llevadas a cabo en esta línea, el proyecto que ya se ha iniciado, los protocolos, los documentos y la guía de recomendaciones para el diagnóstico en atención primaria a la que ya ha hecho mención.

Por último, está la línea 4 de investigación y desarrollo, una línea que sí que tenía un presupuesto específico cercano a 1 millón de euros, que se vehiculizó a través del Instituto de Salud Carlos III y el Ciber de enfermedades hepáticas y digestivas y que, de forma general, ha tenido tres grandes proyectos: primero, ver el impacto del tratamiento antiviral en la historia natural de la cirrosis y de la hipertensión portal; segundo, que se inició algo más tarde, sobre el impacto en la incidencia de hepatocarcinoma; y, en tercer lugar, los factores asociados a la resistencia al tratamiento antiviral, proyectos que —como se pueden imaginar— están todos casi terminados —el primero, parcialmente pero casi terminado—, y los otros son proyectos que aún están en curso.

¿Cuáles son, a mi juicio, los logros que ha tenido el plan nacional? Sin duda el acceso masivo y priorizado de la población española a las terapias libres de interferón. Esta es una diapositiva del Observatorio Polaris, que ha aparecido muy recientemente, que señala en el eje de las abscisas la frecuencia de tratamiento, y en el eje de las ordenadas la frecuencia de diagnóstico (**Señalando una línea roja**). Pues bien, aquí estábamos situados en un 2% de tasa de tratamiento antes del plan, y nos hemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 24

posicionado a un 8 % de tasa de tratamiento solo por debajo de otros países como Alemania o Francia, que disponía ya de un Plan de hepatitis desde hace más de diez años, entre diez y quince años. Esto supone en el tratamiento y la curación de los pacientes una reducción de la tasa de prevalencia sobre el total de la población infectada, estimada al principio del plan, de un 14 %. Ello pone de manifiesto otros dos hechos: en primer lugar, la robustez y plasticidad de nuestro sistema sanitario para acoger este ingente flujo de pacientes y este presupuesto; y, en segundo lugar, algo de lo que ya se ha hablado y es que esto representa un modelo para incorporar la innovación sanitaria. Sin duda, otro de los logros son los proyectos de I+D que se están llevando a cabo en los tres ámbitos que les he dicho, y que señalan la importancia de disponer de una financiación específica para el desarrollo de proyectos. En la línea 1, que no disponía de tal financiación, sí que se han sentado las bases para lo que debe ser la continuidad del plan, que no puede ser otra más que la eliminación de la hepatitis vírica.

Si me dicen que haga una valoración crítica de estos logros y de las futuras propuestas, les diré que una se ha solventado, la de incorporar a los pacientes fundamentalmente a los órganos de decisión. En cuanto a las líneas 1 y 2, me extenderé al término de la presentación un poco más en las propuestas que se deben llevar a cabo para finalizar y extender el plan; y, por último, se podría destacar la importancia de disponer de un registro simplificado y que fuera obligatorio.

No puedo dejar de mencionar algunas cifras —aunque los números siempre son aburridos— de lo que son los resultados del plan en la curación de la hepatitis C, que compila 31 estudios sobre 33.600 pacientes; la curación de la infección mejora la enfermedad o cura la enfermedad o previene la enfermedad hepática, lo que redonda en una disminución de la mortalidad, tanto en pacientes —aquí señalo a los pacientes que no se han curado de la infección, frente a los que sí se han curado— en la cohorte general como, específicamente, en los pacientes cirróticos, ya estén o no co-infectados por el virus VIH. Esto se traduce también, en pacientes con cirrosis compensada, en una disminución de la tasa de incidencia de descompensación y de carcinoma hepatocelular. Esto tampoco hay que olvidarlo.

Cuando se hace un análisis más expresivo de la morbilidad que se evita —son datos obtenidos del análisis que ha hecho Portugal, con un esfuerzo importante en el tratamiento de esos pacientes, aunque su número es menor—, se ve cómo aumenta la esperanza de vida en 7,6 años y se reduce la incidencia de hepatocarcinoma en un 92 % de trasplantes hepáticos y en un 93 % en casos de cirrosis hepática. Pero no solamente existen estos datos que les estoy mostrando sobre el impacto clínico, sino que también hay un impacto económico al que no podemos ser ajenos cuando se analiza meramente el coste de estos tratamientos. Ya hay diversos estudios de modelización que muestran cómo en países de nuestro entorno, en países europeos, el impacto de la curación supone una mejora en la productividad laboral y en los costes, reduciendo el absentismo al que va asociado. En segundo lugar, también —se ha analizado en un sistema como el británico— hay un retorno de la inversión que supone el coste de los medicamentos en términos presupuestarios globales, así como el retorno que genera el tratamiento precoz de la hepatitis viral sin esperar a las fases avanzadas de la fibrosis.

¿Cuáles son las propuestas hacia las que el propio comité, el consejo asesor y la evolución del plan nos están llevando? Primero, la línea dos, la línea de tratamiento, es la revisión de la población a tratar, la extensión del tratamiento a los pacientes con fibrosis leve o sin fibrosis y los pacientes diagnosticados y que estamos tratando. Quiero decir —me refiero a una de las primeras diapositivas— que esto ya está incluido entre los objetivos del plan, todos los pacientes son candidatos a tratamiento y estamos en plazo por cuanto la duración del plan es de tres años y han discurrido los dos primeros. Los beneficios de la curación de la hepatitis C en pacientes sin fibrosis no son solo individuales, sino también, como antes se ha apuntado, beneficios colectivos, porque todo individuo infectado es una unidad infectante, y hoy se sabe que la mejor estrategia es evitar la transmisión, eliminando unidades infectantes, es decir, curando a los individuos que se encuentran infectados. Por otro lado, desde el punto de vista de la asistencia, retira al paciente del seguimiento clínico por cuanto no va a necesitar ya medicación de forma crónica. Modelizado esto, las ventajas del tratamiento precoz frente al tratamiento diferido en nuestro sistema sanitario, y utilizando un modelo de marco iniciado comparando el uso de harvoni, sofosbuvir, ledipasvir en pacientes tratados precozmente o con una estrategia diferida, la estrategia precoz disminuye el número de casos de cirrosis descompensada, carcinoma hepatocelular, trasplante hepático y muerte por hepatopatía sobre el tratamiento tardío, y ello supone, comparando con precios de lista, un ahorro para el sistema sanitario. Repito, a diferencia de otras enfermedades en las cuales la inhibición de la replicación viral requiere el tratamiento crónico y el mantenimiento del paciente en el sistema sanitario, como puede ser la infección

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 25

por HIV, en la hepatitis C lo que hacemos es curar la infección, el paciente no necesita tratamiento crónico y, si no tiene una enfermedad hepática avanzada, puede salir del sistema sanitario.

Pero también durante el plan ha avanzado el conocimiento científico y ello nos lleva a que toda esta perspectiva de tratamiento y posteriormente de eliminación nos vaya a ser mucho más favorable. Primero, ¿qué hemos aprendido en el plan? Si han visto algunas de las primeras diapositivas, en el plan había todo un objetivo de qué características debían tener los centros para tratar a estos pacientes. Con el tratamiento actual se simplifica enormemente. Tenemos que actualizar nuestro proceso asistencial con una disminución del número de consultas y una integración de atención primaria. También disponemos de nuevas moléculas que son más fáciles de utilizar porque tienen menos interacciones y, además, se sabe ya qué pacientes se benefician de unas pautas más cortas y, por lo tanto, menos costosas de tratamiento.

¿Hacia dónde creemos, desde el comité asesor, que debe ir el plan? Termino muy rápidamente. El plan se inició para responder a una necesidad terapéutica de los pacientes. Cuando se inicia el plan, muy poca gente está pensando en la eliminación de la hepatitis C, pero los derroteros van por este ámbito. Ya he dicho que actualmente el número de pacientes tratados impacta en un 14% en la prevalencia en nuestro país. Extender el tratamiento a los pacientes sin fibrosis reducirá la prevalencia en un 22%. Pero manteniendo la estrategia actual del plan nacional, limitándonos solamente a los pacientes F2 sin aumentar la tasa de diagnóstico, dentro de unos años volveremos a tener un repunte de los casos de cirrosis descompensada y de trasplantes hepáticos. El objetivo es extender el tratamiento a todos los pacientes y aumentar las tasas de diagnóstico, y en ello no hacemos sino ir alineados con las recomendaciones de la OMS de eliminar la hepatitis viral para el año 2030. El concepto en hepatitis C durante estos dos años de vigencia del plan ha evolucionado de objetivos de salud individual, de provisión de tratamiento al paciente individual para que se cure, a objetivos de salud colectiva con intervenciones en todo el rango del cuidado y dimensionar los planes nacionales de este modo, revisarlos de acuerdo a las propias recomendaciones que tan solo recientemente ha emitido la OMS. El escenario es muy favorable porque el problema probablemente sea mucho menor de lo que pensábamos hace dos años. El propio Instituto Polaris, en *The Lancet*, refiere que en España la prevalencia de viremia probablemente no sea superior al 0,8%, y observaciones preliminares realizadas en tres zonas en España señalan que esta viremia probablemente no supere el 0,5%.

¿Las conclusiones las puedo referir o quiere que termine?

El señor **PRESIDENTE**: Rápidamente.

El señor **MIEMBRO DEL COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** (Albillos Martínez): Rápidamente.

¿Qué ha supuesto el plan estratégico nacional? Acceso priorizado y masivo a terapias libres de interferón, y nos ha hecho converger con los países de nuestro entorno. ¿Qué aprendizaje hemos tenido en el desarrollo del plan nacional? Un modelo para incorporar la innovación, constatar el excelente Sistema Nacional de Salud del que disponemos y la importancia de incorporar a la sociedad en la toma de decisiones. Hemos aprendido con la evidencia científica que hay nuevas moléculas, que habrá pautas más cortas, se simplifica el proceso asistencial, el coste de la medicación también ha disminuido, la prevalencia es menor de la estimada y el problema sanitario probablemente sea mucho más manejable. Hay que culminar los objetivos que tiene el propio plan extendiendo el tratamiento a los pacientes sin fibrosis. Habrá que planificar no sé si un nuevo plan o una fase del mismo para dimensionar el problema que requiere eliminar la hepatitis C en los próximos años en línea con las recomendaciones tan solo del año 2016 que ha hecho la OMS.

Muchas gracias por su atención y disculpen el exceso de tiempo. **(Aplausos)**.

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

Algunos grupos me han solicitado, pero creo que será bueno para todos, la posibilidad de entregarles este *power point*, supongo que en papel, porque será un buen documento de trabajo parlamentario. Así que, si lo puede hacer llegar en los próximos días, se lo agradeceríamos mucho.

En el turno de intervención de los grupos, que aviso que voy a ser, ahora sí, muy riguroso con los tiempos —habíamos quedado en siete minutos—, tiene en primer lugar la palabra el grupo que había solicitado la comparecencia, que es el Grupo Parlamentario Popular.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 26

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, presidente.

En primer lugar, damos la enhorabuena y nuestro agradecimiento al doctor Albillos por la importante exposición que nos ha hecho esta mañana de cómo va evolucionando el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C, plan del que ha sido usted uno de los participantes, y a través de su comparecencia y explicaciones nos damos cuenta del gran avance que ha supuesto este plan para erradicar la hepatitis C. Reiteramos nuestro agradecimiento y, por supuesto, no olvidamos —aunque ya se ha mencionado por parte de todos los grupos— al coordinador de este plan, Joan Rodés.

En este ámbito es importante destacar el trabajo realizado en torno al virus de la hepatitis C. Nos ha convertido en uno de los primeros países de nuestro entorno en establecer una garantía de tratamiento para los pacientes de hepatitis C con los nuevos antivirales, siendo España el primer país que afronta este problema de modo global, permitiendo el acceso en condiciones de equidad a un número tan elevado de pacientes. La infección por el virus de la hepatitis C es un problema que afecta a más de 185 millones de personas en el mundo, según los datos de la Organización Mundial de la Salud. En los últimos años —2011 a 2013—, hemos registrado un total de 113.627 altas en pacientes con hepatitis C; estas altas corresponden a 26.000 personas al año. Ante el problema que supone la hepatitis C crónica en nuestro país, el Ministerio de Sanidad aborda elaborar un plan; el Gobierno y las comunidades autónomas acordaron el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C, elaborado por un comité de expertos, liderado por el doctor Joan Rodés. En virtud de dicho plan, se trata con los nuevos antivirales de acción directa a los pacientes con fibrosis en estado F4, F3, F2 y F1 en algunas circunstancias, lo que supone alrededor de 52.000 personas de un total de 95.000 diagnosticadas, que fue lo que se cifró al inicio del plan.

El plan consta de cuatro líneas estratégicas: cuantificar la magnitud del problema, definir los criterios científico-clínicos para una adecuada estrategia terapéutica, establecer los mecanismos de coordinación y fomentar el conocimiento sobre la enfermedad a través de la I+D+i. La segunda línea estratégica se ha cumplido de modo eficiente, incorporando con celeridad los nuevos medicamentos indicados para esta enfermedad. De igual manera, se han articulado mecanismos de financiación entre la Administración central del Estado y las comunidades autónomas, de modo que se pueda abordar este enorme reto con los presupuestos ordinarios de las propias comunidades autónomas. Lo cierto es que la respuesta al reto que ha significado la aparición de los tratamientos innovadores ha sido solidaria, justa, eficaz y su resultado ha sido un éxito. Como ya dijo nuestra ministra de Sanidad en la última Comisión, cuando hablamos de tratamientos de hepatitis C, hablamos de personas curadas completamente de su enfermedad, de 65.000 personas. Esto ha costado al Sistema Nacional de Salud 1.040 millones de euros en 2015, más de 600 millones de euros en 2016 y para 2017 hay previstos 200 millones de euros.

El Gobierno ha hecho en los últimos años una gran contribución a la sanidad pública gracias a las reformas de los últimos años, ya que hemos conseguido un sistema más fuerte, universal y solvente. Hemos sido capaces de financiar medicamentos como el de la hepatitis C y somos el país europeo que más personas ha tratado y el único que cuenta con un arsenal terapéutico con todos los tratamientos aprobados por la EMA. El registro de seguimiento terapéutico contemplado nos permite comprobar la efectividad terapéutica de los tratamientos en un 97 % de los casos. A día de hoy, disponemos de ejemplos de la efectividad del plan estratégico para abordar la hepatitis C, como el del servicio de farmacia del Hospital Universitario Infanta Leonor. Ha publicado el primer estudio español que recoge y analiza la experiencia aportada por pacientes afectados por el virus de la hepatitis C en primera persona, durante su tratamiento y con agentes virales de acción directa. Han participado un total de 155 pacientes que habían iniciado el tratamiento frente al VHC y a los que se les preguntó sobre diversos aspectos relacionados con su calidad de vida, adherencia, posibles efectos adversos y satisfacción con el tratamiento. El estudio refleja que un 62,5 % de los pacientes manifestaron que su estado físico y emocional era mucho mejor y que el inicio del tratamiento había supuesto poca o ninguna limitación en sus actividades de tipo profesional, tareas del hogar o estudio para el 89,68 % de los entrevistados. Una gran mayoría de los pacientes, el 90,6 %, refirieron haberse visto limitados poco o nada en su vida social desde el inicio del tratamiento, y al pedirles que valoraran su estado de salud global, en el momento de la evaluación resultó una puntuación media de 7,95 % en una escala de 0 a 10; adecuado, el 91 %.

Mi grupo está orgulloso de tener unos profesionales expertos como usted y unos servicios de salud que han sido capaces de dar respuesta a las miles de personas con derecho a este tratamiento. Como usted ya sabe, hay dos proyectos de investigación dotados con cerca de 800.000 euros, que abarcan dos fases. La primera, la evaluación de las intervenciones preventivas y terapéuticas frente a la infección por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 27

VHC; la segunda, el impacto del tratamiento con los nuevos antivirales en la historia natural de la cirrosis por VHC. Como ya nos ha informado usted en su intervención, creemos que se ha hecho un gran avance y un gran trabajo para erradicar la hepatitis C. En momentos muy difíciles, junto a todo un equipo de expertos, hemos sido capaces de elaborar, coordinar y poner en marcha un plan pionero en toda Europa para dar respuesta a los enfermos de la hepatitis C. En el Grupo Parlamentario Popular estamos convencidos de que todo se puede mejorar y de que queda mucho por hacer, pero contamos en nuestro sistema sanitario con grandes profesionales en este enorme reto que supone el VHC. Tenemos muchos retos que afrontar y, si lo hacemos todos juntos, los pacientes de hepatitis C lo agradecerán. Nos sumamos al gran reto que usted hace pocos días lanzó en una entrevista...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Cabezas, le doy treinta segundos para concluir.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Voy terminando.

Como bien ha dicho usted, ese reto es localizar a todos los pacientes de la hepatitis C para eliminar el virus. Al hilo de todo lo dicho, le hago la siguiente pregunta. Siendo usted uno de los expertos en la elaboración del Plan estratégico para erradicar la hepatitis B, ¿cuál sería la valoración de dicho plan? En los criterios científicos que se siguieron para facilitar los tratamientos...

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Cabezas. Ha sobrepasado su tiempo más que ampliamente.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, van a intervenir dos portavoces. En primer lugar, el señor Quevedo, tiene la palabra.

El señor **QUEVEDO ITURBE**: Muchas gracias, señor presidente.

Bienvenido, señor Albillos. Muchas gracias por su intervención que, al margen de haber sido realmente ágil, ha suministrado una gran cantidad de información. Nos parece que es justo reconocer el esfuerzo que se ha realizado en el Estado a la hora de abordar una patología relativamente reciente en su identificación y sobre un escenario previo insuficiente desde el punto de vista del cribado e incluso desde el punto de vista de los sistemas de recogida de datos. No estaba incluido en el sistema EDO, lo cual es un problema serio. Por tanto, ha habido una actuación precoz que nosotros tenemos que reconocer, con un objetivo que nos parece absolutamente loable y que defendemos, que es el objetivo de universalidad, la voluntad de atender a la totalidad de los pacientes seropositivos con viremia; y con beneficios también evidentes desde el punto de vista de la salud, puesto que pocas veces encontramos tasas de curación como las que se encuentran con las nuevas terapias en relación con este proceso. Esto no ocurre muchas veces y, por lo tanto, es una oportunidad, pero también tiene beneficios desde el punto de vista del sistema. Es evidente que la tasa de retorno de la inversión realizada es favorable al futuro del sistema. Al final lo que estamos haciendo es ganar en salud y reducir costes. Así pues, este es un tema claro en el que todos podemos coincidir.

Ahora bien, en cuanto a cuestiones de futuro —seré rápido, dada la escasez de tiempo y para darle tiempo a la compañera porque, si no, soy capaz de comerme el mío y el de otro—, nos preocupa mucho que se garanticen los esfuerzos en el desarrollo del plan en el futuro. Para el año 2017 hay prevista una cifra que nos parece ciertamente insuficiente dada la identificación y la prevalencia que se reconoce en el número de casos.

Respecto a la cuestión de la simetría en las comunidades autónomas, he de decirles que yo provengo de la Comunidad Autónoma canaria, donde algunos tenemos serias dudas de que se estén haciendo las cosas adecuadamente. De hecho, ha sido objeto de un debate en el Parlamento de Canarias sobre si se está o no se está atendiendo adecuadamente a los pacientes. Cuando acudimos a los datos, vemos que es muy difícil identificar comunidades. Antes se mostró un cuadro muy interesante sobre este tema y, por tanto, nosotros necesitamos tener una información precisa. Ya sabemos que las competencias en materia de sanidad corresponden a las comunidades, pero creemos que es muy importante que desde el plan se trabaje en esta dirección para clarificar, para hacer transparente la información comunidad a comunidad, no con el ánimo de ofender a nadie, sino con el de trabajar en positivo. Para eso lo más adecuado es decir quiénes son los mejores y fijarlos como objetivo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 28

Me referiré ahora a la cuestión de los costes del tratamiento. Ya no sabe uno muy bien qué pensar. Empezamos por 100.000 euros el tratamiento —aquella barbaridad—; luego todos creíamos que estábamos trabajando en un escenario de 12.000, 13.000 o 15.000 euros el tratamiento; y ahora estamos oyendo cifras de 27.000. Este es un asunto nada desdeñable. Nos gustaría saber cuál es la evolución, cuáles son las estrategias para tratar de reducir el coste del tratamiento por paciente.

Por último, el futuro. ¿Cuál es el futuro previsible desde el punto de vista de la terapéutica? ¿La posibilidad de incorporación de nuevos agentes está prevista? ¿Y la posibilidad de actuar para trabajar en la dirección de la reducción de costes tratamiento/paciente? Estas son las preguntas que le querría formular.

Gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Quevedo.
Señora Sorlí, tiene algo más de tres minutos.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Intentaré ser breve para cuadrar el tiempo entre los dos, que es incluso más difícil.

Como ya he dicho antes, es un buen plan, pero para nosotros el papel es muy sufrido y la aplicación no está siendo todo lo que se esperaba. Es cierto que el desarrollo del plan y que los profesionales que han estado y que están en el mismo están haciendo una buena labor, pero efectivamente al final los problemas económicos pueden hacer que no se priorice la universalidad en la sanidad pública y que se dejen fuera muchas cosas. A nosotros nos choca mucho el tema de priorizar pacientes y nos planteamos cómo se vería esto, por ejemplo, si estuviéramos hablando de otras enfermedades, cómo se vería que se le dijera a un paciente con una enfermedad diagnosticada que no se le puede tratar porque no está dentro de unas tablas específicas. También nos lleva a recordar esas listas de espera que muchas veces hay en muchas intervenciones quirúrgicas y que desde siempre estamos intentando reducir desde todas las organizaciones. Ahora nos encontramos con un plan en el que no acabamos de entender cuál es la voluntad, qué es lo que se busca con priorizar ciertos pacientes. Evidentemente, entendemos que es un tema económico, pero no nos parece que sea el tema prioritario a la hora de decidir cuáles son los criterios en una intervención médica. Por eso nos gustaría saber cuál es su opinión en este punto.

Ya lo hemos manifestado antes y no se nos ha contestado. Nos gustaría saber cuáles son las actuaciones concretas que se quieren llevar a cabo en población penitenciaria, ya que tenemos unos índices de prevalencia de la enfermedad mucho más alta. Queremos saber cuáles son las actuaciones concretas, ya que las cifras generales son muy sufridas y hay ciertos colectivos, como el caso de los centros penitenciarios, en los que es importante tener una actuación concreta.

Por último, siguiendo con lo que comentaba el compañero de Nueva Canarias, cuál es la evolución del gasto del tratamiento, ya que no acaba de quedar claro cuál es el coste. Por tanto, no acaba de quedar claro cómo se puede hacer frente económicamente a un tratamiento por el que las farmacéuticas están exigiendo unos precios cuando menos altísimos y bastante vergonzosos tratándose de una enfermedad que a precios más asequibles podríamos tratar y prácticamente eliminar.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sorlí.
Por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Muchas gracias.

Doctor Albillos, gracias por su intervención. Yo diría que el mejor elogio que se le podría hacer es que ha estado al mejor estilo del doctor Rodés, porque no solamente ha hecho un buen diagnóstico, sino que ha hecho unas propuestas valientes dadas las circunstancias que hemos vivido hace unos minutos. Por tanto, como decíamos, vale la pena que podamos trabajar en este documento. La idea más importante con la que me he quedado es que hemos de ir a un plan para la eliminación de la hepatitis C, que este plan sería de transición, que ha caducado antes de tiempo y que, dado el resultado que ha tenido, ahora nos tenemos que situar en la eliminación de la hepatitis C. Aquí chocamos con una serie de incógnitas que hemos de despejar, aunque usted no ha de despejar todas, ni mucho menos.

Tener un comité científico es un elemento a tener en cuenta, incluso lo generalizaría, ningún plan más sin comité científico. Los políticos llegamos donde llegamos y tenemos que asumir que hay mucha más inteligencia —no digo que no la haya aquí— fuera de este Congreso que dentro, incluso por número,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 29

somos 350. Esta inteligencia que tenemos fuera ha de entrar aquí en las leyes y en los planes que diseñamos. Y añadiré algo más. La inteligencia científica nos ha de marcar la pauta y nos ha de impedir las excusas habituales, en las que los políticos somos muy duchos.

Me queda también la idea de más I+D. Dentro de poco tendremos presupuestos del Estado y tenemos que discutir la inversión en I+D, sobre todo la importancia que tiene no solo en la biomedicina, sino en otros aspectos. Esto es clave. Segundo elemento, la organización. No hemos salido del tema demasiado bien porque tampoco ha habido la posibilidad de interactuar con el secretario general. Ya habrá otros momentos, pero es clave una buena organización, una buena implementación de los planes y, sobre todo, el principio de equidad. Mi grupo tiene muy claro que no puede haber pacientes de primera y de segunda. La solidaridad, a la que los catalanes somos llamados, es muy importante también, y va muy ligada a cómo se gasta el dinero y en qué se gasta, que no se quede por los entresijos de las administraciones y de los intereses variados que pueda haber. Es clave que el paciente reciba el mejor tratamiento. Aquí hay mucho que hacer. Una tercera cuestión es el precio. Si desglosamos el precio por paciente, nos sale, sobre todo, el precio del fármaco. Como le decía antes al secretario general, tenemos que trabajar en esto.

La industria —no nos engañemos— ha generado un discurso que disfraza la realidad. Nos bombardea diciendo que el gasto es el resultado de la I+D, de la cantidad de dinero que se gasta la industria en I+D. También nos dice que si no hay beneficios no invertiría en la fabricación de nuevos medicamentos. Ninguna de estas dos afirmaciones es cierta, pero ¿por qué en estos momentos prevalecen en la opinión pública y en la opinión política estos dos principios? Se gastan —tengo aquí los datos—, de los beneficios, entre un 25% y un 30% en *marketing*. Por tanto, el beneficio gastado en *marketing* permite que la opinión pública y publicada mayoritariamente se haga oídos de estas acciones, incluso la parte científica. En segundo lugar, el 75 % de la innovación en I+D en España, pero también en Europa, se hace en centros públicos o financiados públicamente. Por tanto, la industria se gasta 35.000 millones en *marketing*, pero se podía gastar bastante menos y conseguir que estos instrumentos reguladores que están muy ocupados por la misma industria, con favores, con subvenciones, con elementos múltiples, se liberen de la industria y puedan realmente trabajar los costes de producción, los costes de I+D, los precios, porque, si no, aquí en España se impone el llamado precio por valor. Esto es, el máximo que pueden obtener del paciente o del país y, a partir de este precio abusivo, discutir fórmulas de pago, descuentos. Es decir, lo que han hecho con el Gobierno español: partiendo de un precio abusivo, rebajar después a la mitad el precio abusivo, y esto no puede continuar así si realmente queremos hacer lo que usted ha dicho y de lo que soy totalmente partidario: eliminar la hepatitis C, como eliminar otras enfermedades posibles que encuentran en esta pared tan sutil del máquetin de las farmacéuticas una situación de Gobiernos, más que influenciados, cautivos.

En esto estamos, por tanto, muchas gracias por su opinión científica. Señorías, queda mucho trabajo por hacer en esta Comisión y en este Congreso. **(Aplausos)**.

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

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

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

Agustín, me vas a permitir que esta vez te trate de usted, y me gustaría que tuvieras en cuenta que todo lo que te voy a decir te lo digo como representante de un partido y no como compañeros que hemos sido mucho tiempo.

Voy a hacer una serie de preguntas concretas para intentar obviar generalidades y banalidades, como aquella de que hemos salvado 65.000 vidas —nosotros sabemos que esto no es así, que la mortalidad del virus es la que es y que no se puede decir alegremente que hemos salvado 65.000 vidas—, así como tener que decir que naturalmente nosotros respaldamos a nuestros profesionales. De hecho, casi la primera pregunta que quería hacerle es cuándo se dirige el ministerio por primera vez a los profesionales para preguntarles o para implementar este plan, y cuánto tiempo hacía ya que los profesionales sabían que estos tratamientos estaban en marcha y advertían de que esto iba a ser un problema. Esta sería la primera de las preguntas concretas, y perdone que se lo enseñe otra vez **(Muestra un gráfico)**, pero, ¿sabe usted quién es quién aquí? ¿Sabe cuál es la comunidad 1, la 2, la 3? ¿No cree que sería interesante para los españoles saberlo? ¿Cree que esta gráfica refleja una distinta incidencia, o una distinta prevalencia de hepatitis C, o una distinta aproximación al tratamiento, o una distinta tasa de tratamiento por comunidades? ¿No les parece que los españoles tienen edad suficiente para comprender estos datos y que son ellos, los que deciden quién gobierna sus comunidades autónomas, los que tienen que saber cómo se gasta su dinero? Esa sería la primera pregunta.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 30

La segunda pregunta es la siguiente: ¿usted cree, como ha mostrado en el gráfico, que la decisión que se tomó durante los años 2012 y 2013 de suspender tratamientos y tratar solamente entre 3.000 y 6.000 pacientes durante esos años, esperando la llegada del tratamiento que ya conocíamos desde 2011, fue una decisión —perdóneme el término— homicida? ¿Que dejar esperar a estos pacientes dos años fue una decisión irresponsable, y a pesar de haber tratamientos menos eficaces se decidiera no tratarlos? Yo creo que no y que usted también opina lo mismo.

¿Por qué le digo esto? Usted sabe que el 36% de los pacientes tratados son F0, F2 y que nosotros presuimos como país de ser el Estado que más pacientes ha tratado, y en la gráfica se ha visto con claridad. También sabe que en estos dos años el precio ha bajado de 55.000 a prácticamente 16.000 euros por paciente tratado, y sabe que hay comunidades que han tratado solo F3, F4 y comunidades que han tratado más pacientes; si no, esta gráfica no se explicaría. Eso supone diferencias de gasto, si hubiéramos utilizado el mismo criterio en todas las comunidades, de centenares de millones de euros. Usted dirige un servicio de aparato digestivo y sabe que una de las principales causas de mortalidad en un servicio de estas características es el cáncer de colon. En España fallecen de cáncer de colon y del recto del orden de 15.000 pacientes al año, y por virus C del orden de 4.000; la diferencia es multiplicar por tres o por cuatro. ¿Cree usted que una gestión más eficaz de los recursos, teniendo en cuenta que los recursos son limitados, empleados de otra manera, habría conseguido salvar más vidas? Porque es de lo que hablamos, tan vidas son las de los pacientes con cáncer de colon como las de los pacientes con hepatitis C, son igual de importantes. Y cuando hablamos de gestionar recursos y de eficiencia es de lo que hablamos. En este Parlamento venimos a cuestionarnos si la gestión de los recursos que hacen el Gobierno y las comunidades autónomas es aquella que permite salvar el mayor número de vidas posibles con los presupuestos que tenemos. Creo que esa es una buena pregunta, que estoy seguro que usted se ha hecho, y que me gustaría que respondiese.

Sobre el cumplimiento de la información del SITHePaC no cabe más que decir que ha vuelto a presentar una diapositiva en la que solamente 4.000 pacientes han completado este registro. El plan era bueno pero, como decían en aquella famosa serie de nuestra infancia, a nosotros nos gusta que los planes salgan bien, no vale con que el plan sea bueno; lo que hay que mirar son los resultados y, si los resultados no se acompañan de la información suficiente, simplemente no sabemos cuáles han sido. Si sabemos que en algunas líneas estratégicas el plan simplemente ha resultado desastroso, sobre todo en lo que se refiere a la equidad. No voy a alargarme mucho más porque creo que estas preguntas son suficientes pero sí quiero decirle una cosa más, usted sabe que la Comunidad de Madrid presume de haber tratado el 25% de los pacientes, ha hecho una nota pública. ¿A usted le parece que la Comunidad de Madrid tiene el 25% de los pacientes que hay en España? Si no es así, ¿son mejores, son distintos que los de Ceuta y Melilla? ¿Son españoles de otra categoría, tienen otro derecho?

Solo me gustaría acabar felicitándome por el tránsito que va a haciendo lentamente el señor Olòriz, de Esquerra Republicana hacia Ciudadanos... **(El señor Olòriz Serra: Conoce poco la historia de Esquerra Republicana)**, porque ya hablamos de equidad entre todas las comunidades, ya hablamos de profesionalizar la gestión. Dentro de poco vamos a creer en el libre mercado y le vamos a admitir encantados. **(Risas)**.

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

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

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenos días. En una entrevista del señor Albillos, leía que declaraba que el tratamiento antiviral está indicado en cualquier paciente con infección por el virus C, en cualquier paciente. Es obvio que hay pacientes que han sido atendidos satisfactoriamente pero tendremos que hablar de los que no, que siguen siendo muchísimos. Aquí ha habido un debate suscitado respecto a los nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C que lo que revela son problemas de fondo que afectan a todo el sistema de salud. En vez de celebrar sin más que se haya encontrado un tratamiento eficaz contra esta enfermedad, que afecta a tantas personas en España, a menudo se presenta esta noticia como si fuera un problema en vez de una solución, un problema financiero. Pero los nuevos medicamentos no son un problema sino una gran noticia y esperemos que aparezcan nuevos medicamentos para otras enfermedades en las que también hay mucha prevalencia. Lo que pasa es que la aparición de estos medicamentos desvela que tenemos una necesidad urgente de un nuevo modelo tanto de evaluación como de financiación de medicamentos. Esta polémica también ha dejado al descubierto las carencias

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 31

que tenemos en medicina preventiva y la ineficaz, o nula en ocasiones, capacidad y voluntad política del Gobierno para que la ciudadanía esté informada en este caso de un peligro que afecta al conjunto de la población.

Hay una ignorancia a nivel popular sobre esta enfermedad, una creencia que no corresponde a lo que realmente representa. De nuevo, como en otros casos, nos encontramos con que los colectivos de afectados y de profesionales tienen que salir a la calle y recorrer despachos en los ministerios para reclamar lo que les pertenece en tanto que ciudadanos y ciudadanas. En este caso concreto, es un despropósito total teniendo en cuenta que estamos hablando de una enfermedad que se contagia, que se propaga y que necesita de medidas activas para obtener un censo lo más completo posible de personas infectadas. En realidad estos colectivos que protestan y que emplean su tiempo y su energía en buscar una solución eficaz de este problema para todos no solo trabajan en beneficio propio -como ya dijo un compañero antes-, sino en el interés general de toda la ciudadanía. Esto es justo lo que se supone que tendría que hacer un Estado europeo, moderno y solvente.

Agradecemos la presencia que hemos tenido hoy del secretario general de Sanidad así como la del doctor Albillos y aprovecharemos para trasladarle algunas preguntas que nos plantean afectados y que nos planteamos nosotros constantemente con la llegada con estos antivirales de acción directa. Algunas de estas preguntas estaban destinadas al ministerio pero como antes no hemos tenido tiempo suficiente esperamos que usted, como componente del comité asesor, pueda trasladárselas. Primera, ¿qué medidas van a tomar desde el Ministerio de Sanidad para asegurar el acceso a los nuevos medicamentos contra la hepatitis C a todos los afectados? Y no en el periodo 2020-2030, diez años de diferencia, que es lo que usted mencionó anteriormente. Segunda, ¿qué va a hacer el ministerio para plantar cara a los elevados precios de las farmacéuticas, de forma que cumplir con sus obligaciones para con los infectados no suponga una amenaza para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud? Tercera, ¿qué mejoras piensan realizar con respecto a la transparencia, de forma que podamos conocer todos los datos relativos al proceso, los resultados de los tratamientos y el precio que nuestro sistema sanitario ha pagado realmente por ellos? Cuarta, ¿va a cumplir el ministerio con su promesa de convocar a los colectivos de afectados y profesionales sanitarios para actualizar el Plan estratégico de la hepatitis C, de forma conjunta? ¿Cuándo y cómo? Quinta, ¿cuál es la opinión del ministerio acerca de las acciones judiciales abiertas en Galicia por el retraso en la aplicación de tratamientos para la hepatitis C? Sexta, ¿nos podría decir exactamente el precio que ha tenido este medicamento en toda su evolución y si este precio a día de hoy es estable? Séptima, ¿qué políticas sanitarias se están llevando a cabo en las prisiones, donde la prevalencia de hepatitis C es alta y donde la salud de las personas depende totalmente del acierto o desacierto de las decisiones del Ministerio de Sanidad?

El señor **PRESIDENTE**: Señora De la Concha, no quiero cortar su intervención pero es verdad que está dirigiendo las preguntas al sujeto equivocado, en este caso.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Pero él está en el comité asesor.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, pero es el asesor, no es el ministerio.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: No nos ha dado tiempo a transmitir las todas anteriormente.

El señor **PRESIDENTE**: Antes no he cortado a ningún grupo ninguna intervención.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Es cierto.

El señor **PRESIDENTE**: Se lo digo para que no generemos frustración porque el compareciente luego no va a poder responder en nombre del ministerio a esas preguntas.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Pero va a poder transmitir las.

El señor **PRESIDENTE**: Y el *Diario de Sesiones*. Era solo para eso, continúe.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: ¿Puedo seguir o ha terminado mi tiempo?

El señor **PRESIDENTE**: Sí, tiene tiempo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 32

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: De acuerdo. ¿Qué medidas preventivas se están tomando con la población reclusa? ¿Cuáles son los criterios a la hora de administrar o no a los reclusos los nuevos tratamientos para la hepatitis C? ¿Cree el doctor Albillos que el derecho a la salud debe incluir el acceso a los medicamentos en todos los casos? ¿Qué medidas se piensan tomar para impedir que un bien de primera necesidad, del que a menudo depende la vida o la muerte de una persona y siempre su calidad de vida, siga siendo rehén de la industria farmacéutica?

No espero que tenga usted todas las respuestas, solo que se encargue de trasladar estas preguntas para que en tiempo nos hagan llegar las respuestas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora De la Concha.

Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Muchísimas gracias, doctor Albillos, por acudir hoy a la Comisión de Sanidad. Le reitero el reconocimiento al logro del plan de los 65.000 pacientes tratados de hepatitis C en estadios avanzados, en el cual, sin lugar a dudas, el grupo asesor ha tenido un papel fundamental.

Le voy a hacer una serie de preguntas, pero permítame que le haga una consideración sobre el planteamiento que usted ha hecho que creo que es correcto pero insuficiente en ese, insisto —lo decía en la comparecencia del secretario general—, objetivo común que debemos tener de erradicar la hepatitis C en España. Usted hace, y algunos compañeros suyos del comité asesor también, un enfoque muy clínico, exclusivamente clínico, sobre la situación de la hepatitis C en España y necesitamos un abordaje, que usted también ha mencionado pero luego no ha mencionado qué acciones hay detrás de eso, de salud pública porque los números están ahí. Hemos tratado a 65.000 pacientes, según el ministerio, con los datos que dan las comunidades autónomas, quedan 16.600 pacientes por tratar diagnosticados en estadios F2, F3 y F4, y 20.600 en F0, F1; estamos hablando, por tanto, de 37.000 pacientes más diagnosticados para tratar. Pero según los datos que usted da, incluso utilizando estimaciones conservadoras de un 0,8% de prevalencia, estaríamos hablando de que en España existen cerca de 400.000 personas infectadas por hepatitis C. Y yo digo: ¿realmente el único objetivo del nuevo plan es extender los tratamientos a pacientes diagnosticados F0, F1, como usted ha indicado? Yo creo sinceramente que no porque nos estamos olvidando de los 250.000 pacientes que quedarían sin tratar en España simplemente porque no están diagnosticados, y muchos de ellos, porque usted también ha dicho que la prevalencia de la infección es que más del 50% son estadios avanzados, son pacientes que están en F2, F3, F4 o son pacientes que pertenecen a grupos con un alto riesgo de transmisibilidad de la enfermedad. Por tanto, insisto, creo que ustedes están haciendo un papel importante pero es imprescindible que en el comité asesor se incorporen especialistas en salud pública y en atención primaria.

Por cierto, al comentario del señor Olòriz le diré que me parece razonable el criterio de que siempre que haya planes, haya científicos en ellos, por supuesto que sí, pero yo le diría que los científicos a veces tienen el error natural de ver su especialidad y exclusivamente su especialidad, y que los políticos tenemos a veces la responsabilidad de ver un poquito más allá de cada uno los espacios profesionales de cada uno de nosotros, y sobre todo estamos mucho más sujetos a escrutinio público de lo que lo están los científicos.

Con esa consideración —que creo que usted ha entendido muy bien— de que tenemos que mirar los pacientes no diagnosticados que no vienen a las consultas porque no están diagnosticados o porque están diagnosticados pero simplemente la enfermedad no es sintomática y por ello no vienen a la consulta, creo que tenemos que tener ese abordaje antes que focalizarnos exclusivamente en los pacientes F0 y F1 ya diagnosticados. Y mis preguntas en ese sentido son: ¿cuál sería, de acuerdo a su conocimiento, el número de pacientes sin diagnosticar que existen en España? ¿Cuál es el grado de tratamiento entre los pacientes que fueron priorizados en el Plan estratégico de 2015 y que quedan todavía pendientes de tratar? Estoy hablando de los diagnosticados F2, F3, F4 o los anteriores que tienen otras condiciones para ser tratados, por ejemplo, mayor riesgo de transmisión.

Quiero preguntarle también sobre las informaciones acerca de la seguridad clínica de los tratamientos, qué hay de verdad y en ese sentido qué puede abundar sobre la seguridad clínica sobre todo de pacientes F0, F1, cuando un porcentaje importante se va a limpiar del virus de manera espontánea, tratarles con un medicamento cuya seguridad clínica no está totalmente acreditada, entre otras cosas por la novedad del medicamento, creo que es una responsabilidad añadida que debemos tomar juntos. En cuarto lugar,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 33

¿cuáles serían los criterios de cribado poblacional recomendados internacionalmente para hacer esa búsqueda activa de casos? Y, por último, si cree rigurosa, teniendo en cuenta todos los datos que le he preguntado anteriormente, la estimación de que el coste del tratamiento este año será de 200 millones de euros cuando, según mis cuentas, si hacemos una búsqueda activa, hay 400.000 personas en España con virus de hepatitis C y, según ustedes, tienen que llegar a todos los estadios de fibrosis, porque a 25.000 euros por tratamiento, el coste del tratamiento de todas estas personas sería de 10.000 millones de euros, una cifra que creo que tenemos que considerar también desde un punto de vista financiero antes de que ustedes hagan las recomendaciones del nuevo plan estratégico, que esperamos tener pronto.

Gracias.

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

Ahora tiene la palabra el señor Albillos para dar respuesta a los grupos.

El señor **MIEMBRO ASESOR DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** (Albillos Martínez): Trataré de esmerarme, dado lo heterogéneo de las preguntas, y trataré de responder a todas las que pueda dentro de que estén en mi conocimiento y en mi competencia de conocimiento, porque competencia ejecutiva no tengo al ser asesor del plan.

En primer lugar, empezaría por una que ha hecho el portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, como si existiera una contradicción entre la presentación que ha hecho el secretario y la que he hecho yo. Nada más lejos de la realidad. En el ministerio son conscientes de la importancia de completar este plan extendiendo el tratamiento y de marcar las directrices del nuevo plan, que es básicamente lo que he tratado de expresarles en mi presentación. Contradicción con el curso que llevan los acontecimientos y con lo que se prevé en un futuro inmediato creo que no hay y disculpen si así lo he expresado.

En segundo lugar, muchas de las cuestiones que me han planteado se atienen a cómo es el sistema sanitario en España y a lo que yo he podido aprender participando en las reuniones del Comité Institucional. Esto enlaza con la pregunta anterior. Quienes ejecutan el gasto y quienes ejecutan los planes de salud pública y las encuestas son las comunidades autónomas fundamentalmente. En las reuniones del Comité Institucional he visto desde hace ya unos meses la propuesta del Ministerio de Sanidad de completar el plan, que creemos que es muy importante —después responderé al señor Fernández—, y antes de establecer cualquier estrategia de aumentar el diagnóstico, extender el tratamiento a todos los pacientes que están afectados. Las comunidades autónomas tienen sus miedos de que esto las pueda comprometer presupuestariamente y en este debate estamos desde hace un tiempo, pero la voluntad del ministerio es extender este plan tal y como estaba programado desde sus inicios. Así respondo a muchas de las preguntas y creo que he sido suficientemente explícito en lo que concierne a por qué ha habido diferencias en el acceso al tratamiento en distintas comunidades autónomas y a por qué ha habido distinto envío y aportación de información al registro central —así funciona esto— yo no le puedo contestar y muchas de las cosas las he aprendido en estas reuniones—.

Se ha hablado —y disculpen si el orden no es el adecuado— sobre la priorización. Ahora, desde un punto de vista técnico, la priorización tiene escaso sentido. Puede tener más sentido en orden a no comprometer el flujo de entrada de pacientes al sistema para futuros tratamientos, la velocidad con la que se hace el cribado o las estrategias de diagnóstico, pero priorizar ahora a pacientes por su escala de gravedad no tiene sentido. Si vamos a tratar a los pacientes sin fibrosis que están diagnosticados e identificados, la priorización tiene menor relevancia. En su momento creo que fue justa. Teníamos que abordar bruscamente un problema de muchos pacientes que tenían una enfermedad grave a los que no podíamos tratar a la vez y la priorización se hizo en aras de la propia justicia social, la equidad del sistema, etcétera. Este es el modo más justo en el que pensamos que podía acometerse eso. Ahora mismo, eso ya tiene escaso sentido.

El señor Fernández se ha referido también a los criterios de cribado poblacional, a si es seguro extender el tratamiento o no. Es cierto que he ido muy deprisa, pero esto nace para solventar un problema terapéutico y el problema terapéutico era hacer llegar la medicación a pacientes que estaban graves. No era el momento de hablar de prevención, o había que hablar menos de prevención. Han pasado dos años —y en esto el tiempo es rápido— y también los organismos internacionales han aprendido; han hecho instrucciones para planes nacionales y, por primera vez, se mira cómo hacer estrategias, porque se ve que la eliminación de la hepatitis C es posible. En ese sentido, el plan tiene que evolucionar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 34

En relación con sus preguntas, yo creo que tratar a los pacientes F0 y F1 es parte del cronograma que tenemos en este momento, y está en los criterios generales que se pusieron el primer día que se escribió el plan. Otro cantar es si en los próximos meses —ahora recuerdo cómo me lo preguntaba— este plan tiene que sufrir una transformación en aras a lo que usted dice, que estoy de acuerdo, pero es que esto cambia. El propio diseño que hace la OMS es que los planes nacionales se adapten a la situación, como es lógico, por otra parte, en cualquier diseño que hagamos: primero planificamos algo, vemos los resultados y corregimos. Estoy totalmente de acuerdo con usted. En el Plan nacional, cuando hubo que dar una respuesta terapéutica estábamos los clínicos y los hepatólogos. Lo que les he planteado en las últimas diapositivas es un plan de eliminación donde —y esto también se lo he dicho— el proceso asistencial se ha simplificado mucho. Le estoy contando un rollo sobre salud pública y eliminación. Lleva usted razón, yo soy un clínico y muy poco tendré que decir en el futuro diseño que se haga para los próximos años. Estoy con usted en que deberán intervenir y que la línea 1 deberá ser la potenciada y la dominante con epidemiólogos y expertos en salud pública.

Con respecto a la seguridad clínica y al número de pacientes sin diagnosticar, sí qué le diría que la mayor parte de los pacientes F3, F4, entre otras cosas porque están sintomáticos, sí que se han tratado; y lo que resta, que son pacientes sin diagnosticar, son en su mayoría pacientes con fibrosis leve. La bondad del tratamiento y cuál es la mejor inversión de nuestro dinero en un paciente que no responda a criterios de alto riesgo de transmisión, como puede ser un interno en una cárcel o un drogodependiente, es decir el paciente estándar por el que alguien también tendrá que sacar la voz, va a depender en gran medida de la esperanza de vida que le quede a ese paciente, las co-morbilidades que tenga, y eso requerirá una valoración clínica, a lo que algo tendrán que decir los clínicos. Si me hace usted responder *grosso modo*, no es muy buena inversión de nuestro dinero pensar en la hepatitis C en alguien que tenga más de ochenta años y que tenga co-morbilidades; pero, sin duda alguna, sí en alguien que tenga menos de sesenta años, y cuanto más nos alejemos de esta edad seguro que la inversión es positiva.

En cuanto a la seguridad de los medicamentos, hay muchos estudios que refrendan la seguridad de estos medicamentos. Ha habido algunas alertas que las agencias reguladoras han puesto de relieve; una es la reactivación de los virus por los fenómenos de interferencia vírica y, otra, el hepatocarcinoma. Eso ha llevado a algunos cambios en nuestra estrategia clínica. Hasta hace un año, cuando veíamos un paciente con virus C y hepatocarcinoma queríamos tratarlo a toda costa. Hoy somos más cautos. Sí tengo que decir, primero, que las agencias reguladoras ya han puesto la alerta en este sentido y han funcionado adecuadamente; segundo, por responderle clínicamente, el problema del cáncer, hoy por hoy, está circunscrito a pacientes con cirrosis y a la posibilidad de un aumento de la recurrencia, no al aumento de la incidencia de novo, en la que muchos estudios refrendan que lo disminuye.

En cuanto al número de pacientes sin diagnosticar, en España habrá que ver qué resultado dan los estudios de prevalencia en curso oficiales y los que se están haciendo a iniciativa de las sociedades científicas. Lo que sí es importante decir es que la mayoría de los pacientes que tienen una fibrosis avanzada han sido tratados, entre otras razones, porque son sintomáticos.

He hablado de la prioridad y de la inequidad, pero también quería contestar a la portavoz del Grupo Popular y hacer una valoración del plan. Hay que dar la enhorabuena colectivamente a la sociedad española. En un momento dado, el Ministerio de Sanidad, por mor del entonces ministro, el señor Alonso, y de su secretario, el señor Moreno, tuvo una gran cintura para manejar una situación que estaba atascada y poner a mucha gente a trabajar. La diapositiva que he puesto no estaba en orden jerárquico, pero todo el mundo se pone a trabajar, cada uno empuja de un modo y se ve que el sistema sanitario es capaz de dar respuesta en términos de gestión a este flujo de pacientes, y lo hace equilibrando lo que en algún momento parecía que se iba a romper, que era la propia sostenibilidad del sistema, con una negociación de precios que continúa, que ha sido adecuada y que permite que podamos seguir hablando de los planes de salud que mencionaba el señor Fernández. Desde el punto de vista científico —está habiendo muy buenas publicaciones sobre esto— quizá deberíamos haber sacado más pecho porque estábamos algo atrasados en la hepatitis C y nos pusimos bastante rápidamente al día. Para continuar estando al día, el plan debe redimensionarse en términos de salud pública, como ha apuntado el señor Fernández.

Probablemente me dejó muchas preguntas, pero no sé si debo dar alguna información más.

El señor **PRESIDENTE**: No, perfecto, está muy bien. **(Risas)**. Le agradezco, en nombre de la Comisión, su presencia y sus explicaciones. Ha sido enriquecedor para todos y esperamos seguir viéndole. Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 35

— **DEL SEÑOR VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA PLATAFORMA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C (CABALLERO MARTÍNEZ), PARA QUE PRESENTE A LA COMISIÓN EL DOCUMENTO «REVISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C» Y EL PLANTEAMIENTO DE LAS LÍNEAS PREFERENTES DE ACCIÓN QUE SE CONSIDEREN PRIORITARIAS DESDE DICHO COLECTIVO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 219/000023).**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida a don Damián Caballero Martínez, vicepresidente primero de la Plataforma de afectados por la hepatitis C, para que presente a la Comisión el documento-revisión del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C y el planteamiento de las líneas preferentes de acción que se consideren prioritarias desde dicho colectivo, a petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA PLATAFORMA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C** (Caballero Martínez): Muchas gracias, presidente.

Gracias a los grupos parlamentarios que se han reunido previamente con la Plafhc, con quienes hemos discutido y hablado sobre el Plan de hepatitis C. Muchas gracias en especial al Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea porque su presentación y registro de esta comparecencia nos permite dirigirnos a esta Cámara en esta Comisión. Muchas gracias.

Hoy se presenta ante sus señorías la Plafhc del 12 de octubre; la Plafhc de noventa y cuatro días de encierro, la de multitudinarias manifestaciones con una gran manifestación en La Moncloa de más de 100.000 personas; la Plafhc que ha visitado tres veces el Parlamento Europeo para defender las bases del plan que hoy presentamos en esta Comisión; la Plafhc que impulsó la caída de Ana Mato; la Plafhc que presentó en esta Cámara más de 200.000 firmas solicitando el tratamiento que eliminaba el virus de la hepatitis C; la Plafhc defensora de la sanidad pública universal y de calidad; la Plafhc que lleva desde el minuto cero en que se presentó el Plan de hepatitis C proclamando que es insuficiente; la Plafhc que lleva dos años denunciando la falta de equidad a la hora de recibir los tratamientos los enfermos de hepatitis C; la Plafhc que lucha por el cambio en el acceso al medicamento y que clama a los cuatro vientos contra los precios abusivos de las farmacéuticas; la Plafhc que la sociedad civil y luchadora ha convertido en movimiento social.

Señorías, la Plafhc no se sienta hoy en esta tribuna sola; se sienta con el apoyo de cada uno y cada una de sus asociados y asociadas, con el espíritu de victoria de los que han recibido el tratamiento por su lucha, con la confianza de aquellos que saben que no vamos a parar hasta conseguir el tratamiento para todos y con la serenidad contenida de aquellos que perdieron a sus seres queridos y siguen poniendo su esperanza en que algún día encontrarán la justicia reparadora de sus sufrimientos. Hoy la Plafhc se sienta en esta Comisión por segunda vez. Ya lo hizo en septiembre de 2014, cuando presidía la Comisión Mario Mingo Zapatero. Los resultados de aquella reunión no fueron satisfactorios y desembocaron posteriormente en toda la movilización que se produjo con el encierro.

Señorías, no hemos llegado a escuchar toda la intervención del secretario general, sí la del doctor Albillos, pero nos suena todo igual. Nos ha sonado todo absolutamente igual que en la única reunión que tuvimos en noviembre de 2015. El 16 de marzo de 2015 el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C es aprobado por el pleno del consejo interterritorial. Un mes antes, en el Ministerio de Sanidad, tuvimos una reunión, presidida por Rubén Moreno, en la que también estuvo presente, entre otros, el doctor Albillos y el malogrado Joan Rodés, donde se nos presentó el plan antes de llevarlo al consejo interterritorial. De esa reunión ya salimos preocupados porque notamos enseguida que el plan era insuficiente. Es verdad que este plan está salvando muchas vidas, es cierto totalmente, pero ya desde el minuto cero cuando se nos plantea el plan, vemos que hay insuficiencias dentro del mismo. Se quedan fuera los F0 y los F1, la financiación no está nada clara y lo peor de todo es que a partir del momento en que se empieza a aprobar el plan hay un momento clave. Si recuerdan sus señorías, estaban muy próximas las elecciones generales del 26 de junio y nos da la sensación de que este plan se presenta como un elemento electoralista. Me explico. Un plan que estaba y está diseñado para luchar contra la enfermedad de la hepatitis C se plantea a nivel de distribución de fármacos. Este es el primer problema grave que vemos. Es cierto que en ese momento la prioridad era dar los tratamientos a los enfermos más graves, totalmente cierto, pero nos da la sensación de que el Gobierno, el ministerio, abandona liderar un plan y se convierte en una farmacia; distribuye los fármacos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 36

distribuye los medicamentos, pero no hace nada por atacar la enfermedad. Así nos encontramos hoy en día, esa es la situación en que nos encontramos. Bienvenida sea la información que se ha traído a esta Comisión, porque en dos años es la primera que tenemos del Plan de hepatitis C, pero nosotros pensamos que esos dos años se han perdido en el terreno de atacar la enfermedad en sus raíces.

Se ha dicho y se ha repetido que la hepatitis C es un problema de salud pública, y es cierto. Estamos ante una pandemia. Podremos definirlo con las cifras de prevalencia que queramos —1,7%, 0,8%, 0,5%—, estas cifras que tratan un poco de aligerar el número de posibles ciudadanos infectados, pero, en suma, aunque no sean los 800.000 que pueden significar las cifras de prevalencia del 1,7%, o de un 0,8%, como han dicho el secretario general y el propio doctor Albillos, estamos hablando ya de más de 400.000, casi 500.000, enfermos que padecen la hepatitis C, que están infectados. El problema sigue existiendo desde el punto de vista de que ese elemento básico y fundamental, que era atacar la enfermedad, se deja totalmente en un baúl. Fíjense ustedes, señorías, ¿qué se ha hecho desde la aprobación de este plan en marzo del año 2015? El 12 de noviembre se nos convoca a una primera reunión del foro de pacientes del Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud y el 95% del informe que se nos presentó eran cifras de prevalencia. Incluso se nos dijo que solamente se tenía el dato de cinco comunidades autónomas, y a la vez se planteaba lo que se iba a hacer, las propuestas que se iban a hacer, el desarrollo de las cuatro líneas estratégicas que presenta el plan. Señorías, esto lo he vuelto a escuchar esta mañana aquí.

El 18 de noviembre recibimos el acta de la reunión que se había celebrado el día 12 en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, acompañada de una carta. Les quiero leer una frase que hay al final de dicha carta: es de interés de este centro directivo —se refiere a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia— mantener al foro de pacientes informado con una periodicidad marcada por los avances en los resultados de las diferentes líneas estratégicas contenidas en el plan; 18 de noviembre de 2015. A fecha de hoy, 24 de enero de 2017, hemos tenido las primeras informaciones después de esa reunión en esta sala, en esta Comisión. Por tanto, hay un problema fundamental para nosotros, y es que el ministerio no ha querido o no ha sabido liderar un plan de estas características. En aquel entonces, además de las cifras de prevalencia que se nos ofrecieron, se planteó que las comunidades autónomas no pasaban la información, que estábamos en desarrollo, que, en definitiva, era una tema que iba avanzando, se iba a hacer una página web ex profeso de la hepatitis C... Estamos hoy aquí sentados y, señorías, estamos en la misma línea, aunque, efectivamente, y de eso nos alegramos mucho, el número de pacientes que han recibido tratamiento ha aumentado.

La Plafhc piensa que el Gobierno no ha sabido liderar esta situación de pandemia y que, por ello, ha empezado a surgir una cantidad de problemas en todas las comunidades autónomas, como la falta de equidad. Hay ejemplos, como el de Cataluña, donde en un momento determinado se lanza el plan, se supera el plan de hepatitis C que se lanza y los compañeros de la plataforma de allí empiezan a luchar y a darle sentido. Todo lo que se empieza a hacer es porque la Plafhc empieza a mover hilos, a mover situaciones, a hablar con diputados y con la comunidad científica para intentar buscar una salida. Todos los problemas que se acarrean y que tenemos encima de la mesa provienen de esa falta de liderazgo. Los problemas que existen ahora en Galicia, donde dos miembros del Gobierno de Feijóo están imputados por no dar los tratamientos a tiempo, con muertes producidas. En Madrid se supera el plan de hepatitis C, incluso desaparece el comité evaluador, comités evaluadores que no están desapareciendo en otras comunidades; véase el caso del Hospital Universitario de Salamanca. Acabamos de escuchar que la prescripción es el elemento básico y fundamental, pero, señorías, es que no es cierto. El médico prescribe, pero luego la Administración es la que dice a quién le tienen que dar el tratamiento; seguimos con los comités evaluadores. Andalucía ha superado el problema de la población reclusa. Hay un problema verdaderamente grave. Castilla y León, que creo recordar que está dirigida por el Partido Popular, tiene un conflicto de intereses directo con el Ministerio del Interior porque no paga los tratamientos. Esa situación se agranda en otros puntos. En la propia Administración pública, con el tema de las mutualidades, con Muface, en concreto, el área de farmacia está actuando como comité evaluador. El médico prescribe pero farmacia no da los tratamientos. Respecto a la población reclusa —se ha planteado aquí—, nos hemos dirigido a Instituciones Penitenciarias con el fin de que nos explicaran las cifras que han dado y no hemos tenido respuesta todavía. Hemos solicitado entrar en el Consejo social penitenciario para tener el máximo de información y no hemos tenido respuesta. Ahí se combinan varios elementos. En el tema de las cárceles, los propios muros impiden que la información entre y salga, con lo cual nos encontramos con que los directores de las cárceles están haciendo una aplicación del Plan de hepatitis C que creemos que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 37

no cumple la equidad; no lo están recibiendo en igualdad de condiciones que la población libre. Por eso, la Plafhc, aprovechando el Día mundial de la Hepatitis C, en el mes de julio, inicia una campaña para intentar sensibilizar respecto al hecho de que el plan tiene que ser revisado, porque está paralizado, metido en un baúl olvidado en un trastero del Ministerio de Sanidad. Nos hemos puesto en marcha por este motivo y hemos visitado parlamentos autonómicos, nos hemos reunido con los grupos parlamentarios de esta Cámara, les hemos explicado nuestras sensaciones y les hemos presentado este plan (**Mostrando un documento**) que ya tienen sus señorías. Este mismo plan se presentó el 22 de febrero en el Parlamento Europeo, plan al que la Comisión de Peticiones dio vía libre por unanimidad, y del la Comisión de Salud Pública, Medio Ambiente y Salud Alimentaria informó positivamente. Ahora nos encontramos con la situación de que en marzo será debatido ante el Pleno del Parlamento Europeo. No sabemos qué fórmula tendrá, pero será presentado y debatido en el Parlamento Europeo, y eso es lo que les hemos traído aquí a sus señorías.

No queremos hacer un plan bis, puesto que ya existe el que ha hecho el ministerio; lo que sí traemos son unos ejes y unas bases fundamentales que deben tenerse en cuenta a la hora de poner en marcha el plan sobre Hepatitis C, que está paralizado. Se trata de cinco puntos básicos: tratamiento para todos los diagnosticados, búsqueda activa de enfermos, elaboración de un registro de pacientes, elaboración de un plan de prevención que saque la bolsa de enfermos que existen con Hepatitis C y, como tema fundamental, el control del gasto sanitario, que para nosotros es uno de los elementos básicos y fundamentales.

Como saben, señorías, el plan del Gobierno deja fuera a los F0 y a los F1 y la justificación que se ha tenido para este filtrado no es médica, sino económica. Por tanto, no se trata a los enfermos F0 y F1 por una situación económica. Se ha hablado de la priorización que se ha hecho en este terreno, pero nosotros decimos que se han quedado fuera por razones económicas, y esto no mejora la lucha contra la enfermedad. Ahí tenemos una bolsa —creo que el doctor Albillos ha hablado de 20.000 afectados F0 y F1— que supone un riesgo permanente de contagio para las personas que no están infectadas. Es falso que tratar a los F0 y a los F1 sea más caro que no tratarlos, señorías, pues se evitan fibroscáneres, se evitan pruebas analíticas, se evitan consultas, se evitan bajas médicas. Hay que tratar a los F0 y a los F1 porque están diagnosticados y la única forma de empezar a luchar contra esa bolsa es empezar a tratarlos. Resulta totalmente kafkiano que un enfermo vaya al patólogo, le diagnostiquen Hepatitis C, y le digan que le prescriben el tratamiento pero que no se lo van a dar; y, en algunos casos, ni siquiera se les prescribe. Tienes que enfermar más, tu hígado se tiene que agravar más y llegar a un estadio F2 para que lo traten. —Lo dice el Plan contra la Hepatitis C, no lo decimos nosotros—. Por tanto, este es uno de los elementos básicos.

En cuanto al segundo punto o búsqueda activa de los enfermos, los expertos internacionales y nuestros propios expertos nacionales, nuestra comunidad científica, tienen muy bien definido el *target*, cuáles son los grupos de riesgo: personas a las que se les ha practicado intervenciones o trabajos dentales con poco control, personas que han recibido transfusiones de sangre cuando no había control serológico, personas que han convivido con enfermos de VHC, personas que se han realizado tatuajes, población reclusa, etcétera. Los tenemos ahí, ¿por qué no vamos a buscar a esos enfermos que puedan evitar que la enfermedad siga creciendo? Por supuesto, la elaboración de un plan de prevención es fundamental. La prevención debe apoyarse en los grupos de riesgo, fundamentalmente en los trabajadores de la sanidad, el personal sanitario, y los entornos sensibles: población reclusa, drogodependientes y personas que practican el sexo con riesgo. La elaboración de un registro de enfermos es fundamental. No nos vale que nos digan que las comunidades autónomas no pasan datos, hay un plan y se tiene que explicar por qué las comunidades autónomas no pasan esos datos. No puede venir aquí el ministerio a decirnos que está en su Plan de hepatitis C, pero que son las comunidades las que no le pasan los datos, que están empezando ahora a pasarlos. En cuanto a evaluación y eficacia de los tratamientos, no tenemos ningún tipo de información al respecto. Esta mañana se han empezado a dar cifras de enfermos tratados y enfermos diagnosticados, pero también hay personas que no están respondiendo a los tratamientos y queremos saber cuál es el porcentaje de personas, porque tenemos el problema añadido de intentar averiguar con qué chocamos.

Termino ya, señor presidente. Este próximo asunto lo he dejado para el final pero solo porque está en el punto último del plan: asegurar la viabilidad del Sistema Nacional de Salud. (**La señora vicepresidenta, Hernández Bento, hace gestos de asentimiento**). Señorías, por favor, con los precios de los fármacos el Sistema Nacional de Salud no tiene salida, hundimos el Sistema Nacional de Salud, y no solamente estoy hablando de la hepatitis C, hablo también de enfermedades crónicas, también del cáncer. Se trata

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 38

de enfermedades en las que los nuevos medicamentos no aumentan el valor terapéutico; se está empezando a demostrar que la diferencia entre el precio y el aumento de la calidad terapéutica no se corresponden. Estamos en manos de las farmacéuticas y aquí tiene una responsabilidad muy clara, muy clara el ministerio a través de la Comisión de Precios de los Medicamentos, el regulador, el regulador. No podemos someternos al chantaje lucrativo de las farmacéuticas, tenemos que acabar con ese elemento, y el Gobierno tiene medidas y puede emprender acciones para frenar en lo que se están convirtiendo las farmacéuticas. Quieren clientes y no quieren pacientes.

Para terminar, nuestra propuesta a esta Comisión sería que la Comisión inste al Ministerio de Sanidad a formar la mesa de revisión del plan inmediatamente porque no podemos perder más tiempo. Se han perdido dos años, se han dado tratamientos pero se han perdido dos años en el intento de eliminar —nosotros ya cambiamos el léxico, antes hablábamos de erradicar y la comunidad científica nos dice que hay que hablar de eliminar; vale, eliminar— la enfermedad, se han perdido dos años y no queremos que se pierda ni un minuto más. Queremos —esta es nuestra propuesta también— que se constituya una Comisión de investigación y seguimiento del plan; que esta Comisión inste al ministerio a que se inicie el tratamiento para los F0 y los F1 y que esta Comisión de Sanidad inste al ministerio a formar de inmediato un comité de seguimiento con participación de asociaciones de afectados, que no existe. Solamente con estos mimbres podremos empezar a desarrollar nuestra pelea contra la hepatitis C.

Muchas gracias, señorías. Gracias, presidente. **(Aplausos)**.

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

Es el turno de los grupos, empezando por el que ha propuesto la comparecencia. Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Bosaho tiene la palabra.

La señora **BOSAHO GORI**: Muchas gracias, señor presidente; gracias, señorías; gracias, señor Caballero, por su exposición.

Nos alegra tener aquí a la Plataforma de afectados y afectadas por la hepatitis C, como nos alegra que posteriormente tengamos al resto de colectivos de afectados y afectadas, con quienes nos reunimos recientemente tanto aquí como en los diferentes lugares del territorio del Estado. Nuestra postura es la misma con todos los colectivos, aceptar sus propuestas y tratar de adaptarlas para que sus necesidades se vean cubiertas y para que el caso de la hepatitis C sea un aprendizaje para el sistema en su conjunto y nos ayude a identificar elementos de mejora del mismo. La actuación de las plataformas, asociaciones y colectivos de personas afectadas por la hepatitis C ha sido un ejemplo de cómo los movimientos sociales pueden actuar como marcador de agendas y catalizador de las actuaciones de instituciones públicas. El Partido Popular comenzó negando su importancia, cerrándoles las puertas de los ámbitos de toma de decisiones, prometiéndoles representación en los mismos para luego negársela. Ahora es más consciente de que no puede dar pasos en este ámbito sin que las voces de las personas afectadas sean escuchadas y tenidas en cuenta porque son voces no solo de legítima propuesta, sino también de imprescindible propuesta.

Nuestra formación considera que las propuestas de actualización de la estrategia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como la reclamación para su seguimiento y rendición de cuentas contempladas en la PNL del Grupo Socialista presentada en octubre de 2016, van por un camino que consideramos muy acertado y que debería marcar las guías de actuación del Ministerio de Sanidad sin necesidad de que les fuera requerido por todos los actores sociales y políticos periódicamente. En primer lugar, creemos que habría que tener en cuenta una visión de salud pública para prevención y detección de casos no diagnosticados en colectivos de alta prevalencia de la enfermedad. En segundo lugar, incremento de la transparencia de datos sobre actividad, seguridad y costes de los nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C. En tercer lugar, mejora de los sistemas de información sobre casos de hepatitis C que permita conocer la carga de enfermedad real a la que se enfrenta nuestra población, y así mejorar las políticas que deben implementarse. En cuarto lugar, expansión y actualización continua de la indicación del tratamiento hacia la universalización del mismo. En quinto lugar, es fundamental lograr alguno de los puntos anteriores y tener un posicionamiento firme sobre la escalada de precios, porque es necesario adquirir criterios frente al actual dominio de la industria farmacéutica, más allá de acuerdos con Farmaindustria no ligados a las necesidades de la población, sino a parámetros económicos independientes como el producto interior bruto.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 39

Lo importante aquí no es tanto lo que nosotros opinemos, sino lo que hemos venido a escuchar. Por eso —además de agradecer lo que nos acaba de decir el representante de los colectivos de personas afectadas—, queremos plantear algunas preguntas cuyas respuestas puedan complementar lo ya formulado. En primer lugar, ¿de qué manera creen que la participación de las personas afectadas puede ayudar a mejorar el abordaje de la hepatitis C en nuestro Sistema Nacional de Salud? En segundo lugar, ¿qué experiencia creen los colectivos de personas afectadas por la hepatitis C que se puede extraer para afrontar nuevos tratamientos de alto valor y alto precio para otras enfermedades? En tercer lugar, ¿consideran que existen casos de personas que, por falta de acceso a los tratamientos, están viendo empeorada su calidad de vida o su estadio de enfermedad? En cuarto lugar, ¿qué ejemplo de desigualdades territoriales han visto en el acceso a los tratamientos en los diferentes territorios del Estado? En quinto lugar, ¿qué información tienen acerca de lo que está ocurriendo en el entorno tan sensible y con tanta carga de enfermedad como es el de las instituciones penitenciarias? Por último, sexto, si tuviera que elegir tres acciones de máxima preferencia en este tema para que el Gobierno las realizara mañana mismo y para que los partidos de la oposición presionáramos para ello, ¿cuáles serían?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Bosaho.
Por el Grupo Mixto, la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Gracias.

Antes de nada, le doy las gracias por comparecer en esta Comisión, y quiero reconocer el trabajo incansable durante todos estos años para conseguir que este plan se cree y para conseguir que, aunque insuficientemente, se empiece a aplicar y a tratar a las personas enfermas de hepatitis C. Sabemos que ha sido un viacrucis y sabemos que continúa siéndolo, por eso queríamos reconocerlo. También hemos de reconocer que tenemos un problema muy claro; hemos estado hablando antes con los otros dos comparecientes y no han contestado ni al tema de cuánto cuestan los tratamientos exactamente, en qué punto está la negociación con las empresas farmacéuticas, ni tampoco cuáles van a ser las actuaciones concretas hacia la población reclusa del sistema penitenciario existente, que usted mismo ha reconocido también que es un problema grave. Pero para nosotros tampoco es tan raro que el Estado español esté negociando precios con las farmacéuticas que luego pagarán las comunidades autónomas y que eso genere que muchas veces se tengan en cuenta intereses empresariales por encima de los intereses comunes y de los intereses mayoritarios de la ciudadanía. Pensamos que es importantísimo y que hay que trabajar muy claramente para mejorar el trato económico que existe con las farmacéuticas, es necesario para ampliar esos tratamientos que tanta falta hacen, y es necesario también para trabajar por tener una sanidad universal que es fundamental, porque podemos sacar pecho de que tenemos una de las mejores sanidades europeas, pero también tenemos que sacar pecho de que nuestros Gobiernos trabajan para que esa sanidad aún sea mejor si cabe. Recogemos todas sus propuestas y quedamos a su disposición para todo lo que pueda hacer falta.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sorlí.
Por el Grupo de Esquerra Republicana, señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Muchas gracias.

Estos días, mientras preparaba las intervenciones de esta Comisión, me preguntaba: si yo me encontrase con una enfermedad como la hepatitis C que afectase profundamente mi salud, ¿sería capaz de luchar, sería capaz de organizar a gente como yo y de enfrentarme a los poderes públicos y a los poderes fácticos? Y la verdad es que no lo sé; ojalá sí, pero a lo mejor no sería capaz. Pienso que si no nos hacemos esta pregunta, si no empatizamos con las personas que han sido capaces de hacerlo, no encontraremos solución.

El señor Fernández —ya no está aquí— me decía que con los científicos no es suficiente, que los políticos tenemos una visión más global, pero el peligro es la distancia —'Dicen que la distancia es el olvido'—, el peligro es la distancia. La distancia nos hace más cómoda la acción política, sin duda; si marcamos distancia, podemos tomar decisiones e irnos a dormir tan tranquilos —empatizar no es lo mismo—, y esto nos pasa también si gobernamos, pero empatizar no es lo mismo. Por eso no sería de recibo no hacer o, mejor dicho, continuar no haciendo lo que no hemos hecho.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 40

En las diapositivas del doctor Albillos he visto un punto negativo —él lo reconocía en la diapositiva—: la participación, era una casilla vacía en lo que ha habido hasta ahora. Esto no puede continuar sucediendo porque si es cierto que necesitamos científicos y es cierto que necesitamos políticos, es básica la sociedad civil y, en ella, los afectados en un tema determinado. Si no triangulamos, no seremos capaces de hacer las cosas bien. Y, ¿las hacemos mejor que hace dos años? ¡Claro! ¿Hacemos lo suficiente? Pues no, porque nos faltan este tipo de cuestiones. Si bien es cierto que son las comunidades autónomas las que tienen la competencia en sanidad en las prisiones —aunque no todas—, también es cierto que el único que tiene competencias en los precios concretos de los productos farmacéuticos es el Estado. Aquí se está generando una situación de tensión, porque la comunidad ha de pagar lo que Yo he decidido que has de pagar sin tener toda la información sobre esta decisión; digo sin tener la información porque nosotros, congresistas, no tenemos la información. No sabemos cuál es el resultado de esta subasta —ahora están de moda— de los precios y el resultado concreto de estos precios. Es verdad que si tu no controlas los precios es muy difícil planificar. Una comunidad autónoma tiene muy difícil planificar si no sabe los precios concretos que le costará aquel servicio. En eso estamos y esta incógnita la tenemos que despejar.

Yo me quedo con la idea de un plan para la erradicación de la hepatitis C. Si lo queremos hacer y lo hemos de implementar, nos hacen falta los expertos, las personas afectadas y los políticos. En este caso, en este Congreso tenemos la posibilidad de hacerlo. Lo que proponéis tiene mucho sentido. Se ha dicho desde esta tribuna que ahora ya no toca priorizar entre los más afectados y los menos afectados y que ahora ha de prescribir el médico; y ha quedado muy claro que, si es el médico el que prescribe, no tiene que haber otra instancia que diga que no al médico, y esto lo hemos de solventar inmediatamente. Un segundo elemento es que mucha gente no sabe que tiene hepatitis. Esto es un peligro público por el riesgo de infección y para estas personas. Decía una vez en la tribuna del hemiciclo que cuando hay una crisis —la que sea—, la prevención de la salud es lo primero que salta de los presupuestos. Mal hecho, pero es lo que pasa. Ahora tenemos que priorizar la promoción de la salud. Vuelvo a repetir que tenemos los presupuestos aquí delante y serán una clara fotografía de nuestras prioridades también en salud. Espero que encontremos complicidades para que la poca confianza que se tiene en la política se convierta en confianza si somos capaces de hacerlo bien.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Olòriz.
Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Es un placer tener aquí a representantes de plataformas de afectados por la hepatitis C. Es obvio que su movilización fue absolutamente decisiva a la hora de iniciar el camino que nos tiene que llevar al objetivo final de eliminar la hepatitis C de nuestras vidas. Digo que es un placer porque en Ciudadanos situamos al paciente en el centro de nuestra política sanitaria. Queremos que el paciente abandone la minoría de edad a la que el sistema parece condenarle. Ha hecho usted referencia a la falta de transparencia en los datos que proporcionan las comunidades autónomas y también hemos centrado nuestra intervención en esto. Esa falta de transparencia acaba llevando a la inequidad, a esa diferencia de un 300 % entre las comunidades en las que más pacientes son tratados —que no sabemos cuáles son— y en las que menos, que tampoco. Pediremos a nuestros representantes en las comunidades autónomas que soliciten esos datos, pero en general la falta de transparencia y su correlativa falta de equidad son cosas que tenemos que eliminar si queremos situar al paciente en el centro del sistema.

Compartimos muchas de las propuestas que se han dicho. Compartimos y entendemos los problemas que se derivan de la hepatitis C en el ámbito penitenciario, y ya hemos presentado iniciativas en ese sentido para la devolución de la sanidad por parte de las administraciones penitenciarias, y hay poco más que decir. Nos ponemos a vuestra disposición como ya hemos estado y estamos en todo momento, para esto como para el resto de los casos.

Muchas gracias y adelante.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Navarro.
Por el Grupo Parlamentario Socialista, señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don José María): Muchísimas gracias, señor Caballero, por acudir hoy a la Comisión de Sanidad y gracias, también, al resto de personas que le acompañan de la Plataforma de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 41

afectados por hepatitis C. Gracias también por el reconocimiento. No va a ser la única vez que nos veamos con ustedes para seguir haciendo un seguimiento de esta enfermedad, así como los avances y no avances del plan estratégico.

Voy a ser muy estricto en las palabras que voy a decir, porque creo que coincidimos mucho. Creo que ha hecho un diagnóstico muy acertado de cuáles han sido las insuficiencias del plan estratégico hasta ahora, y cuáles tienen que ser los criterios para elaborar ese nuevo plan estratégico, aunque ustedes dicen que no hace falta un nuevo plan estratégico. En cualquier caso, hace falta poner al día el plan y, desde luego, esas cinco medidas que ustedes incluyen en su documento coinciden al cien por cien con los comentarios que yo le he hecho al secretario general, sobre lo que el Grupo Parlamentario Socialista considera que es necesario. Por lo tanto, gracias por la movilización que hicieron, porque gracias a esas movilizaciones ha sido posible llegar hasta donde hemos llegado. Hay que seguir poniendo bien el dedo en la diana, que —insisto— es la erradicación de la hepatitis C, para lo cual hay que utilizar —usted también lo ha dicho— un abordaje de salud pública, y no solamente un abordaje clínico. Cuento con el Grupo Socialista tanto aquí como en Europa. Ya saben que les hemos acompañado al Parlamento Europeo en la Comisión de Peticiones, para llevar a Europa el problema de la hepatitis C en España.

Solo quiero terminar diciéndole al señor Olóriz que no estaba sentado en mi sitio, pero he escuchado perfectamente sus comentarios en este minidebate que tenemos él y yo sobre el papel de los científicos y la importancia que tienen los políticos, también, de mantener la empatía y la corta distancia con los afectados. Por eso, hoy tenemos tres comparecencias de asociaciones de pacientes, y así debe continuar siendo esta Comisión de Sanidad.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Gracias, presidente.

En nombre de mi grupo, quiero darle la bienvenida al señor Caballero a esta Comisión, en la que nos marcamos como objetivo analizar el desarrollo del Plan estratégico nacional de hepatitis C desde distintos puntos de vista, y hacerlo de una manera rigurosa y serena, sobre todo, por respeto a los pacientes y profesionales que los tratan. Hemos escuchado atentamente su intervención, como haremos después con otras asociaciones que representan a pacientes de toda España, porque para nosotros la voz de los pacientes es y ha sido siempre muy importante.

Al hilo de su intervención, me gustaría hacerle algunas reflexiones, porque entenderá que hay cosas que nosotros podemos compartir con usted, pero otras que no, y me gustaría además darle nuestro punto de vista. En primer lugar, nosotros sí queremos poner muy en valor el Plan estratégico nacional de hepatitis C por motivos que se han repetido aquí varias veces ya a lo largo de esta mañana. Entendemos que fue un plan pionero y único, elaborado por un equipo multidisciplinar de magníficos profesionales dirigidos por el doctor Rodés, y que se hizo siguiendo única y exclusivamente criterios científicos y clínicos, y nunca con ningún otro criterio.

Me va a permitir también que yo sí ponga en valor algo que también dio lugar a la concepción del plan, que fue el claro compromiso del Ministerio de Sanidad ante la aparición de estos nuevos fármacos y de que esto fuera visto como una oportunidad para los pacientes. Ante la noticia de la aparición de estos nuevos fármacos, que conseguían avanzar en la curación de la enfermedad, los responsables del Ministerio de Sanidad —y ustedes lo saben— no dudaron de la oportunidad que esto suponía para los pacientes y en trabajar para que estos tuvieran acceso a ellos. Pero también en trabajar por conocer la prevalencia de la misma, porque todos sabemos que la hepatitis C es una enfermedad que se conoce desde los años noventa y, sin embargo, en nuestro país no había un registro de pacientes ni había ningún plan sobre esto. Por eso, entiendo que usted me va a permitir que yo sí ponga en valor y reconozca el trabajo que hicieron el ministro Alfonso Alonso y el secretario general, Rubén Moreno, con todo el equipo del ministerio. Es verdad que nuestro sistema de salud se enfrentaba a un reto sin precedentes y a un verdadero test para comprobar su fortaleza. Difiero de que, a la vista de los resultados obtenidos, el plan no haya servido para nada o no haya sido bueno. Además, se hizo, al hilo de lo que usted ha dicho, sin poner en riesgo la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, porque es verdad que el coste inicialmente previsto para el tratamiento de esos 52.000 pacientes más graves que preveía el tratamiento quedó finalmente, gracias a la buena negociación que se hizo, en una cuarta parte. Nuestro país fue pionero en incorporar los nuevos tratamientos a nuestro sistema público porque ese fue el objetivo del Gobierno.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 42

Entiendo, por lo que se ha dicho esta mañana, que quizás estoy repitiendo algunos argumentos, pero cuando una cree en lo que dice no puede decir en un momento una cosa y en otro momento otra. El plan no está en modo alguno olvidado ni ha sido olvidado estos dos años. Ese compromiso del Gobierno de España, de las comunidades autónomas y de los profesionales se demuestra con el mejor desarrollo posible del plan, que sigue vigente. Todas las comunidades autónomas, señor Caballero, han seguido los criterios científicos y clínicos a la hora de prescribir los tratamientos a los pacientes. Todas han hecho un esfuerzo inversor importante y, por lo tanto, no han primado los criterios económicos, porque sabemos que todas las comunidades han destinado muchos millones de euros a estos tratamientos y, por lo tanto, no ha habido ese criterio economicista de ninguna manera. Como digo, ese compromiso se traduce en esa cifra que el compañero Igea decía antes que a lo mejor puede ser banal. Pues yo, a riesgo de ser banal, voy a seguir diciéndolo: 65.500 personas han recibido este tratamiento con un porcentaje de efectividad superior al 97 %, y creo que hay que seguir diciéndolo porque es positivo también para los pacientes lanzar mensajes de esperanza cuando tenemos la fortuna de que hay nuevos tratamientos y pueden ponerse a disposición de los pacientes. Por lo tanto, tenemos que lanzar el mensaje positivo de que esas 65.500 personas que luchaban contra esta grave enfermedad hoy no tienen ese maldito virus en su organismo.

Al hilo de lo que decía de las comunidades autónomas, de la sostenibilidad, de los precios y de lo que decía el compañero de ERC, no debemos olvidar, en primer lugar, que las comunidades autónomas están representadas en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos y, por lo tanto, conocen todos y cada uno de los precios de los medicamentos que se incorporan a nuestro sistema porque fue precisamente el Gobierno del Partido Popular el que incluyó a las comunidades autónomas en esa comisión. Además, los presupuestos en sanidad y en salud pública son, compañero Joan, de ERC, responsabilidad de las comunidades autónomas y en la suya su grupo gobierna y supongo que tendrá mucho que decir en este tema.

Es justo reconocer lo avanzado en estos dos años. Hemos sido el primer país en tratar a los pacientes con los nuevos medicamentos, hemos incorporado todo el arsenal y podemos, por lo que ha dicho esta mañana el doctor Albillos, hablar de aquello para lo que ha servido también este plan. Ha servido, en primer lugar, como ha dicho él, para el acceso masivo y prioritario a las terapias, para una curación que hace que baje el riesgo de transmisión, lo que también contribuye a la disminución de la prevalencia, la cual, según nos ha permitido conocer este plan, es menor de lo que en principio se creía. También la evolución del plan —estoy leyendo las anotaciones que he cogido de la intervención del doctor Albillos— muestra que no ha estado parado porque contamos con datos que antes no se conocían no solo en efectividad terapéutica, sino también en las características que han de tener los centros, los procesos asistenciales, el impacto de los tratamientos. Ha servido como modelo para trabajar en la incorporación de las innovaciones y para comprobar cómo beneficia, en cualquier decisión política —y esto lo compartimos con usted—, la incorporación de la sociedad a la toma de decisiones. Por eso, nuestro grupo ha presentado en esta Comisión una iniciativa para que el Gobierno firme un acuerdo marco con los pacientes, igual que en su día hizo con los profesionales, porque nosotros creemos que los pacientes también tienen que tener voz en la toma de decisiones.

Si el señor presidente me permite...

El señor **PRESIDENTE**: Treinta segundos para la conclusión.

La señora **ANGULO ROMERO**: Sí, simplemente quiero hacer unas preguntas al compareciente y, por lo tanto, me gustaría que me dejara hacerlas al hilo de la revisión del plan que nos propone. En primer lugar, entendemos que esta revisión —nosotros creemos que usted también lo cree— ha de hacerse por un equipo de profesionales expertos en las especialidades que tratan la enfermedad, bien hepatólogos o bien, como aquí se ha hablado hoy, de salud pública, y nos gustaría saber si ustedes han contado con profesionales de este tipo a la hora de hacer esta revisión.

Una última pregunta. Ustedes hacen hincapié en otra de las líneas referidas a la necesidad de un registro y la monitorización de la enfermedad...

El señor **PRESIDENTE**: Haga la pregunta sin acompañamiento.

La señora **ANGULO ROMERO**: Supongo que usted también sabe que todos esos datos que ustedes dicen que quieren conocer sobre pacientes tratados por comunidades autónomas y registros basales por genotipo y por fibrosis aparecen colgados en la web del ministerio. Me gustaría saber, si esto no es suficiente, qué otros datos o qué tipo de registros hace usted.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 43

Gracias, señor presidente, por su benevolencia. Lo único que quiero transmitir a la plataforma de afectados es nuestra máxima disponibilidad para que el plan siga evolucionando lo mejor posible y enviar un mensaje de tranquilidad y de positividad en todo el desarrollo de este tema.

Gracias.

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

Concluido el turno de grupos, tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA PLATAFORMA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C** (Caballero Martínez): Señorías, son muchas preguntas y poco tiempo.

¿Cuáles serían los elementos que nosotros pondríamos en danza para intentar mejorar la situación del Plan de hepatitis C? ¿Qué elementos podríamos aportar y qué deberíamos hacer? Voy a hacer un paréntesis antes de responder a las preguntas. No ponemos en duda el Plan de hepatitis C. Lo que ponemos en duda es la capacidad del Gobierno para desarrollarlo. Es diferente, son dos cosas diferentes, una cosa es el plan y otra cosa es que el Gobierno no ha sido capaz de desarrollarlo. Es lo que decimos. No tiramos el plan por los suelos. Decimos que el Gobierno no lo ha desarrollado. Por tanto, uno de los elementos fundamentales para nosotros es que los dirigentes del ministerio tienen que ser muy cautos. La primera acción que nosotros propondríamos sería que tuvieran conocimiento de la enfermedad.

Hace unos días nos encontramos con que la ministra de Sanidad nos dice que hay 200 millones de presupuesto para 2017 para el tema de la hepatitis C y lo acompaña con una frase que ha sido repetida aquí esta mañana por el secretario general, que 65.500 enfermos de hepatitis C han sido tratados y, por fin, se ven libres de la enfermedad. Eso es falso. No están libres de la enfermedad. Esos enfermos se pueden reinfectar, si existe una bolsa de enfermos infectados de hepatitis C pueden reinfectarse. Es cierto que el virus ha desaparecido, pero no se han inmunizado, con lo cual, si no atacamos las bolsas que existen de enfermos, se pueden reinfectar.

Instituciones penitenciarias, gran problema. No hay información lo suficientemente veraz como para intentar saber la situación real en que están las prisiones españolas. Nosotros decimos que hay un elemento que puede facilitar que eso se solucione, y es transferir a las comunidades autónomas las competencias de sanidad penitenciaria que tiene el Estado. Estamos a favor de eso, porque creemos que es un elemento importante que no solamente puede ayudar a atacar la enfermedad, sino a beneficiar a los propios enfermos de la población reclusa. Hemos participado activamente con la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía y estamos participando en seminarios en los que estamos haciendo monitoreos de la propia enfermedad dentro de prisiones. Creemos que es uno de los elementos básicos y fundamentales porque es una de las poblaciones de riesgo más importantes. La población reclusa está en contacto con funcionarios y con familiares que entran y salen de las cárceles, y o atacamos ese tema definitivamente o ahí tenemos una bolsa muy importante de riesgo. Le pedimos información a Instituciones Penitenciarias y no nos la da; le decimos al ministerio que actúe sobre este elemento y no hay contestación. De lo último de lo que tenemos conocimiento es de que se está aplicando un único tratamiento a todos los enfermos de hepatitis C dentro de las prisiones. Les están dando harvoni. ¿Por qué? A lo mejor, señorías, puede ser por razones económicas, porque le sale más barata la partida con Gilead directamente y le puede ser más económico. Cuando los médicos, la comunidad científica, están diciendo que los diferentes tratamientos van a depender de los distintos genotipos, de pronto Instituciones Penitenciarias se lo salta a la torera y les da a todos los presos harvoni. Queremos que nos justifique si es cierta esa información.

¿Qué experiencias extraeríamos de esta nueva situación? La experiencia que hemos sacado en dos años es bastante dura porque en el camino han muerto muchas personas, y eso lo sabemos. ¿Tenemos la necesidad de ir avanzando en el proceso? Claro que sí. Y si el ministerio avanza en el terreno de recuperar el liderazgo y se hace líder de este proceso, nosotros le vamos a apoyar. ¡Cómo no! Pero, señorías, hemos estado dos años sin hacer absolutamente nada. Voy a matizar. No digo que no se haya hecho nada; estamos muy contentos de que se hayan salvado 65.500 personas, claro que sí, pero lo que yo he dicho antes es que no se ha avanzado en el terreno de atacar la enfermedad. Son dos cosas diferentes.

Hay dos asuntos importantes que plantea el diputado de Esquerra Republicana y que son puntos fundamentales también del proceso. La financiación es un elemento básico. Estas cuestiones están colgadas en la web del ministerio desde hace poco, pero las preguntas que le hemos hecho a las diferentes consejerías y las que hemos hecho al ministerio sobre el precio eran secreto, no se podía decir el precio; no tener conocimiento de cuánto se estaba pagando por los tratamientos estaba rayando en la prevaricación. Sabíamos, conocíamos a base de arañar los tramos, el precio por cada tramo, si se alcanzan se baja a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 44

este precio... Pero no hay una información detallada, porque, entre otras cosas, señoría, hay un pacto entre la comisión de precios y el regulador y las farmacéuticas para que no se conozcan los precios de las medicinas por aquello de que no puedes darlo porque en otro país se está vendiendo a tanto y si tú dices el precio entramos en conflicto. No, señoría, hay ocultismo que raya en la prevaricación. Señoría, existe la Ley de Transparencia, Ley 19/2013. Cada vez que preguntamos, no hay respuesta o se nos dice que vayamos al juzgado pero, ¡si está aquí la Ley de Transparencia! ¿Para qué sirve esta Ley de Transparencia?

Creo —y continúo con el diputado de Esquerra Republicana— que la cuestión de los precios es importantísima, fundamentalmente porque sí que hemos llegado a una experiencia clara. Las farmacéuticas, los laboratorios, aprovechan la investigación pública que se hace en la mayoría de los casos con las moléculas, patentan el producto y luego, como bien ha dicho usted en su intervención —que hemos aplaudido—, se gastan un dineral en máquetin. No es cierto que el I+D sea el problema fundamental que tienen las farmacéuticas para poner los precios que ponen. Señoría, hemos estado en el Parlamento Europeo invitados por la eurodiputada Soledad Cabezón en seminarios de acceso al medicamento. ¿Para qué? Hay que cambiar de una puñetera vez —perdonen la expresión, señorías—, hay que cambiar de una vez por todas el acceso al medicamento, no puede haber esta desigualdad tan grande. Tenemos que acabar con esto cuando, además, estamos comprobando que las nuevas líneas innovadoras que están saliendo en los antivirales parece que se están cumpliendo en el porcentaje de curaciones. Pero hay casos como en el cáncer —nosotros no estamos pidiendo el cambio de acceso al medicamento para beneficiar a la hepatitis C, no, sino a todas las enfermedades crónicas— y hay casos con estos precios, que lo que está ocurriendo es que se está sobrevalorando de tal manera que alargar unos meses de vida a los pacientes puede significar un coste verdaderamente inasumible. Es decir, en la mayoría de los casos lo que está sucediendo es que no hay mejora terapéutica. Volvemos a decir, sobre el tema de la financiación, que nosotros desde un principio hemos pedido —y lo seguimos diciendo— una partida presupuestaria para la hepatitis C. Están ahora con los Presupuestos Generales del Estado, señorías; yo les invito a que presenten ustedes una partida sobre este tema. Nosotros les haremos llegar esta propuesta para que se presente en las Cortes como una partida extraordinaria dentro de los Presupuestos Generales del Estado. Lo hemos dicho desde siempre porque no queremos cargar al Sistema Nacional de Salud con los costes tan altos que estamos teniendo.

En cuanto al compromiso del Gobierno, cuando nos reunimos con ustedes antes de esta Comisión los días que estuvimos en esta casa, les planteamos una serie de problemas sobre la hepatitis C, y tengo que decirles una cosa, cuando salí de esa reunión dije: El Grupo Popular va a hacer caso de lo que le estamos planteando, sobre todo con el tema de Muface; algo que les dijimos muy claramente y con lo que estaban ustedes de acuerdo. ¿Cómo es posible que a día de hoy con prescripciones médicas se denieguen dos y tres veces los tratamientos porque exista un área de farmacia que es la que resuelve? Ustedes recordarán el famoso comité de bioética de Seattle...

El señor **PRESIDENTE**: Debe ir concluyendo ya.

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA PLATAFORMA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C** (Caballero Martínez): Acabo, presidente. Gracias.

En aquel comité evaluador, al que se llamó de diferentes formas —no quiero nombrarlo aquí—, se atendía por referencia de un comité que existía, que decía a quién le aplicaban la hemodiálisis y a quién no se la daban. ¿No cree usted que ya va siendo hora de que con el plan de la hepatitis C desaparezca de este país y que, una vez prescrito por el médico el tratamiento, no haya ningún intermediario entre el médico, el profesional, y el paciente?

Quiero acabar con dos frases. Es nuestro homenaje al malogrado Joan Rodés. Dijo una vez: Hay que tratar la hepatitis C antes de que haya cirrosis, porque, si ya hay, con el tratamiento se va el virus, pero la enfermedad se queda. ¿Lo ve usted? La enfermedad se queda, y se queda porque tiene cantidad de elementos que se producen extrahepáticos. ¿Me podría usted decir, señoría, cuántos enfermos han podido morir de insuficiencia renal o de encefalopatía ligados? No estamos hablando solamente de hepatocarcinoma; no hablamos de cáncer de hígado; hablamos de enfermedades como consecuencia de la hepatitis C: insuficiencias renales, hay muchísimas, y de encefalopatías no le quiero decir nada.

Quiero terminar —ahora sí, presidente—...

El señor **PRESIDENTE**: Eso, la frase y sin acompañamiento.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 104

24 de enero de 2017

Pág. 45

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA PLATAFORMA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C** (Caballero Martínez): Decía Joan Rodés: El protagonismo de las enfermedades del hígado no se les dio a los médicos, sino a las farmacéuticas, y la misión de estas no era que lo importante son los enfermos.

Señorías, creo que esto resume lo que hemos dicho aquí.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Caballero y a la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C por su presencia y sus palabras.

Voy a levantar la sesión, pero no se vayan porque voy a abrir la siguiente, porque todavía quedan dos colectivos por comparecer que tienen todo el derecho del mundo a hacerlo ya y no esperar más.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y treinta minutos de la tarde.

cve: DSCD-12-CO-104