

APORTACIONES AL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS)

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) participa en el trámite de audiencia e información pública del citado Anteproyecto mediante el envío de las siguientes observaciones:

Observaciones generales sobre el conjunto del Anteproyecto:

- Es retórico en el sentido de que **modifica poco la legislación de partida y deja sin tratar temas importantes** del aseguramiento sanitario público, tales como la situación de los titulares y beneficiarios de las Mutualidades y su adecuación al principio de “equidad” (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). En este sentido, **debería regularse la extinción gradual de las Mutualidades**, del mismo modo que se reguló en su día la extinción del régimen de clases pasivas. Tampoco aborda el Anteproyecto la disociación entre las enfermedades profesionales y los accidentes laborales y el resto de problemas de salud.
- **La denominación** del anteproyecto **no clarifica el fondo de las reformas**, pues no supone un verdadero cambio de paradigma en los modelos de gestión de centros sanitarios y socio-sanitarios.
- **Sobre la “universalidad” del derecho a la protección de la salud.** Nuevamente el título del anteproyecto nos parece que no se corresponde con el contenido del texto, particularmente en lo que respecta a la pretendida “universalidad” ya que el texto no retoma el modelo de acceso “universal” previo al RD Ley 16/2012. Además, continúa apreciándose un vacío legal en materia de asistencia sanitaria de los ascendientes reagrupados. En definitiva, el anteproyecto no corrige las principales deficiencias del RDL 7/2018, dejando a miles de personas excluidas: mantiene requisitos administrativos de muy difícil cumplimiento; impone un tiempo mínimo de estancia en España de 90 días y no soluciona la exclusión de las personas mayores que llegan a España fruto de un proceso de reagrupación familiar.
- En la misma línea, **no se comprende que el título de la Ley hable de “equidad” y de “cohesión”** y no se apueste de manera decidida por el fondo de cohesión sanitaria, al que se ha despojado de la mayor parte de sus funciones originales.
- En cuanto a su sistemática, **el anteproyecto consolida la dispersión normativa**, considerándose más oportuno, desde el punto de vista de la técnica legislativa, la refundición de los textos normativos que son pilares del SNS en una única norma a través de Reales Decretos Legislativos.

Observaciones específicas a los artículos del Anteproyecto:

- **Al artículo primero uno, que modifica el art. 47 de la Ley General de Sanidad.**

El establecimiento de las fórmulas de gestión directa de carácter público como fórmulas de gestión preferente para la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, no se establece en la Ley 9/2017, de contratos del sector público (LCSP) contrariamente a lo que se afirma en el preámbulo de la ley, más bien al contrario, lo que mandata la ley a los poderes adjudicadores es que respeten el principio de estabilidad presupuestaria y actúen para la realización de sus fines institucionales de acuerdo con los principios de necesidad, idoneidad y eficiencia.

Asimismo, la LCSP reproduce la Directiva europea de contratación que da libertad a los estados miembros para regular mecanismos extracontractuales para relacionarse las administraciones públicas con entidades privadas para la prestación de servicios de atención a las personas. El art. 11.6 de la LCSP reproduce literalmente la Directiva europea de contratación y abre la puerta a que quede excluida de la legislación de contratación pública la prestación de servicios de atención a las personas.

La Disposición Adicional 49ª LCSP habilita a las CCAA para que, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, legislen articulando instrumentos no contractuales teniendo en cuenta que la gestión de los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios está traspasada, en lo que se ha venido en llamar acción concertada social que la mayoría de CCAA han regulado mediante leyes autonómicas y forales.

El articulado del apartado tercero del artículo 47 obedece sin duda a la mala experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales públicos, con o sin bata blanca, desarrollado por las CCAA valenciana y madrileña. Pero olvida que la colaboración público-privada para la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios no queda circunscrita a ese modelo de concesión administrativa. Existen diversidad de fórmulas de colaboración no siempre bien delimitadas unas de otras: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados los convenios singulares de vinculación al SNS), contratos de servicios regulados por la LCSP y desde la entrada en vigor de la LCSP los conciertos sociales concebidos como instrumentos no contractuales excluidos de la LCSP y las subvenciones.

Estas otras fórmulas de colaboración de las administraciones públicas con entidades privadas, con preferencia hacia aquellas que no tienen ánimo de lucro, tienen un arraigo histórico en el desarrollo de Sistema Nacional de Salud, particularmente en Cataluña.

Pero lo más significativo es que la regulación del nuevo artículo 47 LGS invade las competencias de las comunidades que tienen traspasada la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, reguladas en sus respectivos estatutos de autonomía. Por ejemplo, el artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Catalunya de 2006 atribuye a esta Comunidad la competencia exclusiva sobre organización en materia de sanidad y salud pública.

Como establece el apartado 2 del artículo 47 propuesto: corresponde a las CCAA, en el ámbito de sus competencias, determinar cómo se ha de llevar a cabo la prestación y gestión de los servicios sanitarios y que dicha gestión puede llevarse con medios propios (gestión directa) o mediante convenios o contratos con entidades públicas o privadas.

Por todo ello, se propone suprimir el apartado 3 del artículo 47 de la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y eliminación en el preámbulo de la ley del párrafo que lo justifica. Ha de tenerse en cuenta, además, que la justificación que se da en el texto para obligar a presentar una memoria justificativa cuando se recurra a otras fórmulas de gestión no directa omite, aludiendo a la Ley 9/2017, el artículo 294 apartado c) de esa misma Ley, por el que se establece que el rescate del servicio por la Administración para su gestión directa por razones de interés público *“requerirá además la acreditación de que dicha gestión directa es más eficaz y eficiente que la concesional”*, con lo que la carga de la prueba de la bondad de la fórmula preferida queda manifiestamente desequilibrada.

En todo caso, si el artículo del Anteproyecto pretende limitar el recurso a las iniciativas público-privadas, es dudoso que la exigencia de una memoria justificativa por parte de las administraciones que opten por el modelo público-privado sea suficiente obstáculo para promocionar la preeminencia de la gestión pública.

- **Al artículo segundo uno, que modifica el art. 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Titularidad del derecho a la protección de la salud.**

En el apartado 2, letra c), se establece que para poder hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos las personas extranjeras deberán tener residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

Esta redacción mantiene la división que introdujo el RDL 16/2012 entre personas con nacionalidad española y con permiso de residencia, y aquellas en situación irregular, lo que resulta discriminatorio y contrario al objetivo de equidad manifestado en la Exposición de Motivos de la propia norma. Nos parece fundamental recordar que la propia Ley 16/2003, junto con la Ley de Extranjería 4/2000, en su redacción previa a las modificaciones del RDL 16/2012, reconocía la titularidad del derecho a la protección de la salud a todas las personas extranjeras empadronadas en un municipio español, independientemente de su situación administrativa. De la misma forma, la Proposición de Ley del PSOE número 122/000002 de 2016 proponía recuperar esta redacción para que el reconocimiento de la titularidad del derecho fuese para todas las personas extranjeras con residencia en España independientemente de su situación administrativa.

Por otra parte, celebramos que se haya incluido **explícitamente** dos grupos muy vulnerables en este derecho:

e) Ser persona solicitante de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezca en esta situación.

f) Ser víctima de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezca en esta situación.

- **Al artículo segundo tres, que modifica el art. 3 ter de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS.**

El anteproyecto resulta poco claro en este punto, considerado uno de los pilares de la reforma. Es cierto que incluye entre los supuestos de cobertura “especial” los casos de i) urgencia por enfermedad grave o accidente, ii) embarazadas en el embarazo, parto y post parto y iii) menores de 18 años que habían sido obviados en el RD Ley 7/2018.

Sin embargo, la sistemática del anteproyecto resulta poco clara por cuanto el art. 3.ter tiene un apartado 1 en el que reconoce el derecho a las personas en situación administrativa irregular, en tanto que es el apartado 2 el que determina en qué situaciones la atención sanitaria se financia con fondos públicos. ¿Cómo se cohesiona la protección de las situaciones de vulnerabilidad (apartado 1) con la previsión de cargo a fondos públicos del coste de la asistencia (apartado 2)?

Sería recomendable una redacción más clara y explícita de qué situaciones van a ser atendidas con fondos públicos y cuáles no.

Además, creemos conveniente incluir entre las situaciones “especiales” del apartado 1 (con cargo a fondos públicos): *“la asistencia sanitaria a enfermedades infecto contagiosas que supongan un riesgo para la salud pública”*.

- **Al artículo segundo cuatro, que modifica el art. 8 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.**

La refundación de las tres modalidades en las que se había dividido la cartera común de servicios del SNS en una sola, tal y como figuraba en la redacción originaria de la Ley 16/2003, merece una valoración positiva, por cuanto otorga la misma consideración a todas las prestaciones, con independencia de que estén sujetas o no a aportación por parte de los usuarios. Cabe considerar, por tanto, la modificación propuesta en el Anteproyecto como una medida integradora, que cohesiona el conjunto de servicios contenidos en la cartera, reconociendo así, como reza en el Real Decreto 1030/2006, su “consideración de básicos y comunes”.

Dicho lo anterior, procede lamentar la oportunidad desaprovechada de haber cohesionado igualmente los criterios de actualización de la cartera, actualmente segregados entre la prestación farmacéutica, que se rige por lo dispuesto en el texto refundido de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y el resto de técnicas, tecnologías y procedimientos, a los que sí se aplica el régimen de actualización previsto en el artículo 7 del Real Decreto 1030/2006. Aun cuando concurren especificidades en los medicamentos y el resto de tecnologías sanitarias (dispositivos médicos, por ejemplo) que puedan justificar una cierta disparidad de criterios a la hora de evaluar su

idoneidad para acceder a la financiación pública, sería deseable la definición de un tronco común de requisitos, lo más detallados posible, a fin de introducir una mayor coherencia en los procesos evaluadores de tecnologías sanitarias actualmente vigentes en el SNS.

La ausencia de un tronco común que comprenda ambos tipos de tecnologías se traslada a la dispersión de procesos, métodos y, en última instancia, instituciones encargadas de la evaluación de las intervenciones sanitarias en España, resultando en una suerte de bicefalia encarnada, de un lado, por la RedETS, para todo lo que no son medicamentos y productos sanitarios, y la muy recientemente creada Red de Evaluación de Medicamentos (REValMed SNS), por otro, que evalúa estos dos últimos componentes de la cartera. El Anteproyecto brinda la oportunidad de reparar esta falta de coherencia en las prácticas evaluadoras de nuevas tecnologías y medicamentos llevadas a cabo en el SNS mediante la inclusión, entre las previsiones de su articulado, de la remodelación de la arquitectura institucional del actual modelo. Cabe recordar en este sentido el manifiesto suscrito por alrededor de 300 expertos y profesionales del ámbito de la economía de la salud, la salud pública, la gestión sanitaria y la práctica clínica, que vio la luz en diciembre de 2020, reclamando la creación de una Autoridad Independiente de Evaluación de Intervenciones Sanitarias y Políticas de Salud, más conocida por el apelativo de “HispaNICE”, en clara alusión a la que, sin duda, es la institución de referencia en Europa en materia de evaluación de tecnologías sanitarias, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) británico, cuya jurisdicción abarca Inglaterra y Gales.

Por otra parte, en el punto 3 del citado artículo, sería necesario añadir lo señalado en negrita: “3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial **y la longitudinalidad**, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta **cercana a su domicilio**, y el derecho a la participación en salud.”

En los puntos 4 y 5, la redefinición de la cartera común deja abierto el copago por prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios, aunque posponga la definición de estas *singularidades* a normativas específicas. No se aborda pues claramente la importante inequidad actual debida a las barreras al acceso a servicios como gafas, audífonos o atención dental.

- **Al artículo segundo seis, que modifica el art. 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Prestación Sociosanitaria.**

Consideramos que la redacción es puramente de enunciación de principios y propuestas organizativas simplistas y obvias, que no suponen ningún avance normativo, ni proporciona ningún paraguas institucional a iniciativas en marcha. Ya existen desde hace décadas órganos de coordinación sociosanitaria en muchos niveles administrativos, cuya merma de eficacia y sostenibilidad tiene que ver con factores complejos que aquí no son abordados. Asimismo, sugerimos que se explicita que: “Los centros proveedores de la prestación sociosanitaria deberán realizar una memoria anual que será publicada en la página web de la entidad competente”.

- **Al artículo segundo siete, que modifica el art. 67 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Consejo de Participación Social del SNS.**

El mismo comentario general hecho al artículo segundo seis se aplica a la regulación de la participación social en salud, el otro gran tema pendiente desde la Ley General de Sanidad de 1986. Reducirla a órganos de asesoramiento de gran potencial burocrático, como el *Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud* (en los que además el peso de la representación social está muy mermado al compartirse con representantes de las propias administraciones), o el *Foro abierto de salud o un Foro virtual*, y no abordar y legislar el necesario entramado participativo comunitario, a nivel de la red de atención primaria y comunitaria y el nivel especializado (incluida la red de salud mental y la atención hospitalaria), es ser muy poco ambicioso y dejar mucha distancia respecto a los principios enunciados en la introducción.

- **Al artículo cuarto, que modifica el Real Decreto 1506/2012.**

La unificación de criterios sobre la aportación por parte de los usuarios a la prestación farmacéutica y a la prestación ortoprotésica es también valorada positivamente.

Dicho lo anterior, procede nuevamente lamentar la oportunidad desaprovechada que brinda el actual Anteproyecto de Ley para, en este caso, emprender una reforma en profundidad del sistema actual de copagos en la prestación sanitaria en España, que debería contemplar las siguientes líneas maestras:

- Suprimir la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en principio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta; y establecer los criterios diferenciales del copago de acuerdo con la renta y condición de salud (enfermedades crónicas).
- Establecer tramos de renta más desagregados que los actuales, especialmente para diferenciar los tramos entre los 18.000 y los 100.000 euros anuales de renta familiar.
- Establecer límites máximos anuales, no mensuales, que idealmente se definan como un porcentaje de renta.
- En línea con la supresión de la distinción entre activos y pensionistas, extender los límites máximos a los desembolsos que actualmente solo se aplican a pensionistas para incluir a los activos.
- Establecer una relación entre los copagos y la efectividad y el coste-efectividad de la prestación sanitaria, de forma que los tratamientos más efectivos y más coste-efectivos tengan un porcentaje de copago inferior.
- Aplicar los criterios establecidos de forma consistente a toda la prestación sanitaria susceptible de aportación por parte del usuario. Esto incluye los tratamientos para síntomas menores que fueron desfinanciados a raíz del Real Decreto Ley 16/2012, y que en la práctica supusieron una tasa de copago del 100 % a cargo del paciente.

Por último, SESPAS propone introducir dos artículos adicionales en el Anteproyecto de Ley en relación con la evaluación de impacto en salud y en equidad en salud.

- **Descripción de la modificación y motivación declarada**

La propuesta se fundamenta en la necesidad de mantener la coherencia del Anteproyecto de Ley con su propio preámbulo; con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia; y con el documento “España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo”.

La necesidad de coherencia política para un desarrollo sostenible es una recomendación de la OCDE basada en más de 20 años promoviendo la coherencia política, entre cuyos principios se encuentran la visión estratégica a largo plazo, la integración de las políticas y la coordinación de todo el Gobierno.

En el contexto de una pandemia no se entendería que una Ley que pretende garantizar la protección de la salud y la equidad se olvidase del conjunto de la estrategia política integral que está diseñando el propio Gobierno. Una estrategia que incorpora la necesidad de evaluar los impactos medioambientales, en salud, bienestar y equidad. Por ello, no parecería coherente que las normas requiriesen medir el impacto ambiental y el de género, pero no el de salud y desigualdades en salud. Sin duda, se deja a la iniciativa de la propia unidad directiva la medición de otros impactos, pero la salud la equidad y el bienestar son prioridades de nuestra sociedad y deben quedar explícitos en las exigencias normativas.

Valoración de la modificación propuesta

Explicamos con más detalle el porqué de la necesidad de coherencia política y, por tanto, de aceptar la propuesta relativa a la Evaluación de Impacto en Salud:

- Preámbulo del Anteproyecto. En sus páginas 1 y 2, el Anteproyecto especifica que “se espera facilitar el desarrollo de unas políticas públicas de salud más eficaces y eficientes, y abordar de forma integrada las necesidades en salud de la población, de modo que los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos, actuales y futuros, tengan respuestas apropiadas”; y continúa diciendo “Este empeño sólo puede abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna maximizando los resultados que las políticas públicas tienen en la salud de la población y con una apuesta firme por el fortalecimiento del SNS”. Pues bien: el instrumento adecuado para maximizar los resultados que las políticas públicas tienen en la salud de la población es la Evaluación de Impacto en Salud. Precisamente por ello se incluyó como un capítulo de un artículo en la Ley 33/2011.
- Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. El componente 18 del Plan, Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud, tiene la previsión del Anteproyecto objeto de consulta. En el apartado C18.R3 sobre la Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad se prevé una “nueva ley que permita avanzar en la consecución de los objetivos de universalidad, equidad y cohesión” del Sistema Nacional de Salud. Uno de los objetivos que se vincula a esta

nueva ley es el de “evaluar el impacto en salud de la población de todas las políticas públicas (será obligatorio)”.

- España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. El documento de la Estrategia Nacional es, a nuestro juicio, uno de los mejores documentos escritos sobre política de salud sin ser ese, obviamente, el eje central del documento. Lo más destacable es la forma en que entrelaza los distintos impactos en salud, positivos y negativos, con el resto de políticas públicas y el resto de fenómenos sociales y culturales de España. Para no alargarnos, recomendamos una lectura atenta de las páginas 171, 172, 174, 175, 183, 196, 198, 220, 252, 253, 255, 260, 262, 263, 291, 292, 328, 337, 338, 341, 363, 365, 369, 372, 374, 375, 466, 502, 527 y 567. De ellas se desprende la necesidad de las evaluaciones de impacto en salud. Por ejemplo, para conseguir que sea social e individualmente deseable establecer medidas como las recomendadas en la página 198, “Reducir el impacto ambiental de los menús ofertados en instituciones públicas, incorporando en los pliegos de contratación de empresas de catering los criterios de sostenibilidad y salud recomendados por organismos internacionales como la OMS, la FAO y el IPCC, y fomentando la incorporación diaria de opciones vegetarianas y veganas”, es necesario mejorar la percepción pública de los efectos en la salud. Una adecuada evaluación del impacto en salud mostraría las ganancias en salud de la medida, precisamente en población sensible como son los menores, con efectos en la esfera pública. Las sinergias entre políticas sostenibles y saludables serán posibles si se propicia el cambio cultural fundamentado en el conocimiento de los beneficios en salud que hacen individualmente atractivo lo que es socialmente deseable.
- Dicho esto, se propone añadir dos artículos con el siguiente contenido:
 - o Artículo XXX. Modificación de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Se modifica la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, en los siguientes términos:

Uno: El artículo 26 queda redactado de la siguiente forma:

Se adiciona al artículo 26. Punto 3, el nuevo apartado i) con el siguiente texto:

i) Impacto en salud y en equidad en salud, que analizará y valorará los resultados en términos de salud de la población que se puedan seguir de la aprobación de la norma considerando los indicadores de salud procedentes del sistema de Vigilancia en Salud Pública, incluidos los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se evaluará el impacto en las desigualdades en salud de la población. La evaluación de impacto en salud que se realizará de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se acompañará de propuestas que, manteniendo los objetivos primarios de la norma, maximicen los resultados en términos de salud y reducción de las desigualdades en salud.

- Artículo XXX. Modificación del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

Se modifica el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, en los siguientes términos:

Uno: El artículo 2 queda redactado de la siguiente forma:

Se adiciona al artículo 2, un nuevo apartado detrás del f) y con reasignación de denominación de los siguientes, con el siguiente texto:

g) Impacto en salud y en equidad en salud, que analizará y valorará los resultados en términos de salud de la población que se puedan seguir de la aprobación de la norma considerando los indicadores de salud procedentes del sistema de Vigilancia en Salud Pública, incluidos los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se evaluará el impacto en las desigualdades en salud de la población. La evaluación de impacto en salud que se realizará de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se acompañará de propuestas que, manteniendo los objetivos primarios de la norma, maximicen los resultados en términos de salud y reducción de las desigualdades en salud.

Madrid, 7 de diciembre de 2021