

Dictamen 7 2022

SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL PLENO
8 DE JUNIO DE 2022

Sobre el Anteproyecto de Ley
por la que se modifican diversas
normas para consolidar la equidad,
universalidad y cohesión
del Sistema Nacional de Salud



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA

**CONSEJO ECONÓMICO
Y SOCIAL ESPAÑA**

DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
NICES: 825-2022

Colección Dictámenes

Número 7/2022

La reproducción de este dictamen
está permitida citando su procedencia.

Primera edición, junio de 2022

Edita y distribuye

Consejo Económico y Social

Huertas, 73

28014 Madrid. España

T 91 429 00 18

publicaciones@ces.es

www.ces.es

ISSN 1134-5152

D.L. M-17.533-2022

Imprime

Creative XML, S.L.U.

Sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo Económico y Social por la Ley 21/1991, de 17 de junio, previo análisis y tramitación por la Comisión de Trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura, y de acuerdo con el procedimiento previsto en el Reglamento de organización y funcionamiento interno, el Pleno del Consejo Económico y Social aprueba en su sesión extraordinaria del día 8 de junio de 2022 el siguiente dictamen:

1. Antecedentes

El 19 de mayo de 2022 tuvo entrada en el Consejo Económico y Social escrito del Ministerio de Sanidad en el que se solicitaba, al amparo de lo establecido en el artículo 7.1.1.a) de la Ley 21/1991, de Creación del Consejo Económico y Social, que el CES emitiera dictamen sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud en el plazo de quince días. En el mismo escrito se solicitaba la evacuación del dictamen en el plazo de urgencia, de conformidad con lo previsto en el apartado 3.b del artículo 7

de la Ley 21/1991, trasladándose la petición a la Comisión de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura para que elaborara una propuesta de dictamen.

La solicitud de dictamen vino acompañada de la correspondiente Memoria de análisis de impacto normativo de dicho Anteproyecto y de un Anexo en el que se contenía la relación de observaciones realizadas en el trámite de consulta pública previa, así como las aportaciones recibidas en el trámite de información pública y en los demás informes recabados a lo largo de la tramitación del proyecto.

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos el fomento de la educación sanitaria así como la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, remitiéndose a una Ley que establecería los derechos y deberes de todos al respecto. En desarrollo de dicho mandato se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad (en adelante, LGS), resultado de un importante consenso social que abrió las puertas a una concepción integral de la atención a la salud y a una reforma sanitaria asentada sobre los principios de universalidad en el acceso, descentralización territorial de la gestión, equidad en el acceso a los servicios y prestaciones, financiación pública y participación social, buena parte de los cuales el Anteproyecto objeto de dictamen se propone consolidar. Posteriormente, la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud abundó en los principios informadores del sistema, incorporando entre otras cuestiones el objetivo de igualdad efectiva y de calidad en la prestación de los servicios (art. 2) y, por lo que hace al texto objeto de dictamen, especificando quiénes son las personas titulares del derecho a la protección a la salud y la atención sanitaria (art. 3), regulando el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos (art. 3 bis) así como la protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España

no tengan su residencia legal en territorio español (art. 3 ter).

Por su parte, el artículo 149.1.16.^a CE señala como exclusiva del Estado la competencia y la responsabilidad de la legislación sobre los productos farmacéuticos. En desarrollo de este precepto se aprobó la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, derogada por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y posteriormente refundida a través del Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde se regulan los porcentajes de aportación de las personas usuarias en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia, de los que se ocupa el Anteproyecto en varios preceptos.

Cabe citar, por su relevancia, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud pública que, desarrollando asimismo el derecho constitucional a la salud constituye uno de los principales antecedentes del texto objeto de dictamen. El enfoque de esta norma tuvo su origen en los planteamientos de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, bajo el patrocinio de la OMS y UNICEF, que dio inicio a la estrategia global “Salud para todos”, recordando que, en un contexto de grandes desigualdades en el estado de salud de la población mundial, el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo y su reali-

zación requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud. Por su parte, la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en 1986, que tomó como punto de partida los progresos realizados en Alma Ata, respondía a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y puso en valor la idea de la promoción de la salud más allá de lo exclusivamente sanitario. Más recientemente, la Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas de 2013, asumió también dicho enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, siendo necesario tener en cuenta de manera sistemática las implicaciones en la salud de todas las decisiones, mejorando la rendición de cuentas de las Administraciones sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Por ello, la Ley 33/2011 vino a materializar el enfoque de *salud en todas las políticas*, con la incorporación de la evaluación del impacto en salud en diversos ámbitos, impulsado desde hace décadas por la OMS aunque aún no había sido desarrollado hasta el momento, en que el Anteproyecto se propone impulsarlo.

Asimismo, entre los antecedentes más inmediatos del Anteproyecto, cabe destacar el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de enero, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, cuya aprobación entrañó cambios de notable calado para el sistema, modificando los requisitos para acceder

a los servicios, reduciendo las prestaciones y cambiando las condiciones de participación de las personas usuarias en la financiación de algunas de ellas. Así, por un lado, reforzó el componente de aseguramiento y beneficiario, introduciendo importantes cambios en los distintos supuestos de acceso. Mediante la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, que desarrolló el Real Decreto 1192/2012, la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del SNS, quedó garantizada únicamente a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado, esto es, personas que tienen cubierta la asistencia sanitaria por su pertenencia al sistema de Seguridad Social y los cónyuges o personas con análoga relación de afectividad de un asegurado, excónyuges a cargo y descendientes menores de 26 años con discapacidad igual o superior al 65 por 100. Al mismo tiempo, quedaron excluidos del derecho a la asistencia sanitaria pública los perceptores de rentas superiores a 100.000 euros anuales que no ostentasen la condición de afiliados a la Seguridad Social o beneficiarios de los mismos.

Por otro lado, en lo que concierne a la cartera de servicios del SNS, el Real Decreto 16/2012 introdujo también, mediante la modificación del capítulo II de la Ley 16/2003, cambios importantes que afectaron tanto al número y contenido de los servicios prestados por la sanidad pública, como a las aportaciones económicas de las personas usuarias de dichos servicios. En este sentido, la cartera fue sometida a una nueva categorización dividiendo

los servicios en cuatro niveles. La cartera común básica de servicios asistenciales, íntegramente sujetos a financiación pública, comprendía desde entonces todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios y transporte urgente. La cartera común suplementaria ha venido incluyendo todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria estando sujetas a aportación de las personas usuarias (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica y los productos dietéticos, transporte sanitario no urgente con prescripción facultativa) rigiendo para todos ellos las mismas reglas de aportación de las personas usuarias de acuerdo con los niveles de rentas.

La cartera común de servicios accesorios incluyó a todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario, con los mismos criterios de aportación de la prestación de farmacia. En cuanto a la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas, ésta podía incluir servicios complementarios no incluidos en la financiación general de las prestaciones del sistema.

Unido a lo anterior, con el fin de asegurar la financiación de la atención sanitaria prestada en comunidades autónomas distintas de las de residencia el Real Decreto 16/2012 creó en su capítulo III el

Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el SNS, que sin embargo no llegó a desarrollarse, aplicándose solo de manera parcial en atención primaria y prestación farmacéutica.

En cuanto al modelo de organización de los centros y servicios sanitarios, la Ley 14/1986, de 25 de abril, incorporó al ámbito del Sistema Nacional de Salud un modelo de organización de los centros y servicios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa de los servicios de salud, llevada a cabo bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación general del Estado. El capítulo 1 (De la organización general del sistema sanitario) del título III, dedicado a la estructura del sistema, establece que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud (art. 44); que este último integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (art. 45) y la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación (art. 46.b). Por lo que hace a la red hospitalaria, el artículo sesenta y seis, en su apartado uno, establece la posibilidad de que los hospitales generales del sector privado que lo soliciten sean vinculados al SNS, de acuer-

do con un protocolo definido y cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten, realizándose su vinculación a la red pública mediante convenios singulares (art. 67). Unido a lo anterior, el título IV de la LGS regula las actividades sanitarias privadas, reconociéndose el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, conforme a lo establecido en los artículos 35 y 36 de la CE y en su artículo noventa establece la vía del concierto sanitario, que se añade a la mencionada de los convenios singulares como principales formas de colaboración del sector privado en la prestación de la asistencia sanitaria pública.

La aprobación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que derogó al Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, abrió paso a la gestión indirecta de la Administración de los centros y servicios sanitarios mediante cualesquiera de las entidades admitidas en derecho creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos, convenios y fórmulas o gestión integrada o compartida. La Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de Racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativa añadió a esta norma una disposición adicional única, relativa al régimen jurídico

de los consorcios sanitarios, afectada asimismo por la reforma que acomete el Anteproyecto.

Por lo que se refiere a la participación ciudadana en el SNS, esta quedó regulada en los artículos 53 y 58 de la LGS, que estableció los Consejos de Salud como principales órganos para canalizarla, mientras que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS prevé la participación de las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones en un “Foro Abierto de Salud” que se ocuparía del estudio, debate y formulación de propuestas con impacto en el SNS. Posteriormente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud pública contempló asimismo el derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública de los ciudadanos, directamente o a través de organizaciones.

El principio de coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas para la superación de las desigualdades en salud se encuentra recogido en el artículo 2.g) de la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que, al mismo tiempo, incorporó la atención sociosanitaria como prestación del sistema (art. 14). Además, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), sin perjuicio de lo establecido por la anterior, recoge la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios como instrumento necesario para la adecuada prestación de algunos de los servicios específicamente contemplados por su Catálogo de Prestaciones.

Por último, el tratamiento de datos sanitarios se encuentra regulado por la legislación general de protección de datos, establecida en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante, Reglamento Europeo de Protección de Datos), en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (en adelante, LOPD), así como en lo dispuesto específicamente en la legislación sanitaria, como, sin ánimo de exhaustividad, las previsiones referentes a la historia clínica contenidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Hay que señalar asimismo que la aprobación del texto objeto de dictamen forma parte de las reformas contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, concretamente, en la reforma 3 del Componente 18 (Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud). El artículo 47.3 del Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración pública y para la ejecución del PRTR, lo vincula al cumplimiento del hito CID 275 incluido en dicha reforma.

El Anteproyecto se propone como objetivos garantizar la homogeneidad en la

efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida; introducir el enfoque de salud en todas las políticas; incorporar de manera sistemática y efectiva a los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español; limitar el establecimiento de nuevos copagos, con especial impacto en la población de menores recursos; ampliar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera común de servicios del SNS, garantizando la coordinación entre el ámbito sanitario y el social; reformar la aportación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, asegurando una mayor justicia social así como priorizar la gestión pública de los centros y servicios sanitarios.

En total, el Anteproyecto acomete la modificación de las siguientes ocho normas legales:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad.
- Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio.

- Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.
- Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.
- Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del análisis de impacto normativo.

Asimismo, deroga, en particular, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud; los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

El CES ha tenido ocasión de pronunciarse en numerosas ocasiones sobre proyectos normativos de especial incidencia en el derecho a la salud y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, entre los que destacan, sin ánimo de exhaustividad, el Dictamen 7/2010, sobre el Anteproyecto de Ley general de Salud pública, el Dictamen 1/2017 sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas sanitarias fren-

te al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco; el Dictamen 1/2016 sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados; el Dictamen 2/2005 sobre el Anteproyecto de Ley Reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco o el Dictamen 6/2002, sobre el Anteproyecto de Ley de Prevención del consumo indebido de bebidas alcohólicas. Asimismo, cabe destacar los dictámenes concernientes al ámbito de la política farmacéutica, como el Dictamen 3/2015 sobre el Proyecto de Real Decreto legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; el Dictamen 3/1996 sobre el Anteproyecto de Ley de Medidas fiscales, administrativas y del orden social; el Dictamen 5/1996 sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los precios o márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano; el Dictamen 6/1996 sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se establece el precio o margen correspondiente a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano; el Dictamen 4/1998 sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se amplía la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud; o los dictámenes sobre los sucesivos proyec-

tos normativos relacionados con el sistema de precios de referencia de los medicamentos y su fijación (Dictámenes 11/1998, Dictamen 1/2000, Dictamen 5/2001, Dictamen 9/2002, Dictamen 10/2003, Dictamen 4/2009, Dictamen 8/2010, Dictamen 4/2013 y Dictamen 8/2013). Asimismo, el

CES elaboró a iniciativa propia su Informe 1/2010, *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario* y tiene proyectado comenzar próximamente un nuevo informe sobre el sistema sanitario, su situación actual y sus perspectivas para el futuro.

2. Contenido

El Anteproyecto de Ley sometido a dictamen consta de ocho artículos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales. A continuación se sintetizan los principales contenidos.

Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986 general de Sanidad

En este artículo se establece como modelo de gestión del SNS la gestión directa pública, entendida como aquella que se presta a través de las Administraciones públicas, de entidades del sector público institucional o de consorcios creados por varias Administraciones o entidades públicas, disponiéndose el carácter excepcional y motivado de la gestión indirecta, a la que solo se podrá recurrir cuando exista utilización óptima de los recursos propios, insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones, y necesidad de recurrir a fórmulas gestión diferentes a las directas. Asimismo, se insta a las comunidades autónomas y al INGESA a dotar a las organizaciones y centros sanitarios públi-

cos de instrumentos de buena gobernanza para ampliar y reforzar su autonomía, la flexibilidad de gestión, la participación profesional y de la ciudadanía, la rendición de cuentas y la gestión profesionalizada. Por último, se establece la obligación para las autoridades sanitarias competentes de publicar los resultados de los indicadores sanitarios de evaluación del desempeño de los distintos centros, indicadores que deberán ser acordados en el Consejo Interterritorial del SNS.

Artículos segundo y octavo. Modificación de la Ley 50/1997 del Gobierno y del Real Decreto 931/2017 por el que se regula la Memoria de análisis de impacto normativo

El impacto en la salud y sus determinantes se incorpora como apartado que debe recogerse en la Memoria del análisis de impacto normativo cuando la norma afecte a las siguientes materias: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, ambiente labo-

ral, agricultura, producción de alimentos y sanidad animal y vegetal.

Artículo tercero. Modificación de la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del SNS

En primer lugar, se amplía el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a los españoles de origen residentes en el exterior que se desplacen temporalmente a territorio español y a sus familiares, así como a los ascendientes reagrupados por un hijo/a titular del derecho, sin que sea exigible en este caso un seguro de enfermedad para la autorización de residencia en España. Se establece asimismo la obligatoriedad de prestar asistencia sanitaria desde el momento de la solicitud y en igualdad de condiciones que los españoles a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España (que cumplan ciertos requisitos), a las solicitantes de protección internacional, a las solicitantes y beneficiarias de protección temporal y a las víctimas de trata.

En segundo lugar, respecto a la cartera común de servicios del SNS, se recupera la cartera única suprimiendo la distinción vigente entre cartera básica, suplementaria y accesoria, y se incluye en ella expresamente a las prestaciones de salud pública. Además, se establece la financiación pública de todas las prestaciones incluidas, salvo la prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por el usuario. Por otro lado, se incluye la medicina de precisión dentro de la prestación de atención especializada.

En tercer lugar, en relación con la prestación sociosanitaria, se amplía el alcance de la misma para incluir a los servicios educativos e incorporar entre sus finalidades la de facilitar, cuando sea el caso, el mantenimiento o reintegración en el ámbito laboral. Asimismo, se prevé la constitución de órganos de coordinación en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social, sanitario y educativo para responder de forma integral a las necesidades de atención de pacientes crónicos, personas con discapacidad, dependientes o con enfermedades de salud mental, entre otras.

Por último, en relación a la participación social en el SNS, se dota de permanencia al Foro Abierto de Salud, que se reunirá al menos una vez al año y estará integrado por representantes de organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad, y que trabajen en el ámbito de la salud, así como de representantes de consejos profesionales y de sociedades científicas.

Artículo cuarto. Modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

En relación con el Fondo de Garantía Asistencial, se suprimen las especificaciones vigentes relativas a las reglas de compensación entre Comunidades autónomas por el desplazamiento de pacientes, y se determina que las mismas se regularán mediante disposición reglamentaria.

Artículo quinto. Modificación del texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Real Decreto legislativo 1/2015)

Se incluye el porcentaje de aportación de las personas usuarias en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia de los colectivos de personas a los que el artículo tercero extiende el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria.

Artículo sexto. Modificación del Real Decreto 8/2008, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior

Esta modificación persigue dar efectividad al reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria de los españoles de origen residentes en el exterior que se desplacen temporalmente a territorio español y a sus familiares, que recoge el artículo tercero.

Artículo séptimo. Modificación del Real Decreto 1506/2012, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del SNS y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica

Se equipara el régimen de exenciones de aportación del usuario de esta prestación al vigente para la prestación farmacéutica.

Disposición adicional primera. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

Se autoriza su creación como entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, mediante convenio suscrito por los órganos participantes en dicha Red (unidades o agencias de evaluación de la AGE, de las comunidades y sus entes instrumentales, y del Ministerio de Sanidad) para el desarrollo de sus actividades.

Disposición adicional segunda. Condiciones generales de acceso y tratamiento de los datos en el ámbito sanitario

Se regulan las condiciones generales de acceso y tratamiento de datos en el ámbito sanitario para los siguientes fines: a) planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas; b) asistencia sanitaria; c) vigilancia de la salud pública; y d) investigación en salud. Para ello se establecen criterios comunes a todos los fines, así como criterios específicos para cada uno de ellos, en relación con las fuentes de datos, la tipología de los mismos, los colectivos que tendrán acceso, el régimen de la cesión de datos o los derechos de los interesados.

Disposición final quinta. Carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido

Se reconoce la excepcionalidad de este supuesto y se dispone expresamente que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

3. Observaciones

Con carácter preliminar, valga señalar que la premura exigida en la realización de este dictamen, solicitado con carácter de urgencia por el Ministerio proponente, ha impedido a este órgano acometer un examen en profundidad sobre el Anteproyecto, llevando a tener que pronunciarse únicamente acerca de sus líneas generales. Se pierde así la oportunidad de adentrarse en las observaciones específicas al articulado que resultarían de un análisis e intercambio de opiniones menos apresurado de lo que ha sido posible. El CES lamenta esta circunstancia, que limita el ejercicio pleno de sus competencias consultivas y de participación, habida cuenta de la entidad y novedad de los cambios incorporados por el Anteproyecto, que incide en aspectos vertebradores de los principios básicos de equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

La generalización del derecho a la cobertura sanitaria pública y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud figuran entre los logros más importantes del proceso de desarrollo y expansión del Estado de Bienestar en España. El CES considera que la sanidad pública constituye una pieza fundamental del entramado de la protección social, desempeñando un papel decisivo como vector de cohesión social y de compensación de desigualdades socioeconómicas y territoriales. Como vehículo para reforzar esos objetivos, el Consejo valora favorablemente el propósito del Anteproyecto de sentar las bases comunes

y la coordinación general de la sanidad en las materias que aborda para consolidar la equidad, la universalidad y la cohesión del SNS, en ejercicio de las competencias que la CE atribuye en exclusiva al Estado en sus artículos 149.1.1.^a y 16.^a.

Desde el surgimiento de la pandemia por COVID-19, que afectó con especial crudeza a nuestro país, especialmente en sus inicios, el sistema sanitario español ha podido mostrar algunas de sus fortalezas, en un contexto de extraordinaria presión sobre las estructuras del sistema. Pero también se han puesto de relieve importantes debilidades que justifican, en opinión del CES, abordar las reformas necesarias para garantizar la universalidad, la equidad y la cohesión de uno de los componentes de la protección social más valorados por la población, elemento central de la reconstrucción social y económica, tal y como reconoció el Congreso de los Diputados en sus propuestas aprobadas en julio de 2020.

Sobre las formas de gestión sanitaria

El Anteproyecto explicita la priorización de la gestión pública directa de los centros y servicios sanitarios del SNS, clarificando en el nuevo artículo 47 de la Ley 14/1986, de Sanidad el carácter excepcional y justificado del recurso a conciertos o cualesquiera contratos regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del sector público, siempre que no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el SNS. Sin menoscua-

bo de las posiciones de cada uno de los grupos representados en este Consejo respecto a esta opción, el CES considera necesario recordar que, tal y como preconiza la Ley 33/2011, general de Salud pública (art. 25 y art. 26), el objetivo principal de la gestión sanitaria debe ser la mejora de la salud de la población y la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales, debiendo guiarse por sus resultados en este terreno. Garantizar la calidad de la atención sanitaria centrada en la persona y la igualdad en el acceso a todos los servicios de la cartera común del sistema sanitario figuran entre los principales retos a los que, en opinión del CES, debe responder la gestión del SNS.

Tras más de veinticinco años de desarrollo, se ha carecido hasta ahora de un sistema de evaluación de resultados en salud de las distintas fórmulas de gestión, tanto pública directa como público-privada, basado en la evidencia y con arreglo a indicadores comunes y homogéneos, para facilitar la toma de decisiones y la utilización adecuada de los recursos públicos. El CES valora positivamente las previsiones de avance en la cultura evaluativa del sistema sanitario contempladas por el Anteproyecto, si bien considera que la buena gobernanza del sistema, la mejora de la gestión y la rendición de cuentas requerirían asimismo impulsar la efectiva aplicación de las obligaciones establecidas por la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, por parte de todos los organismos responsables y sujetos obligados por la misma, salvaguardando los límites

legales al derecho de acceso a la información pública y la normativa de protección de datos de carácter personal.

Por otro lado, la redacción del artículo primero del Anteproyecto puede resultar excesivamente indeterminada en algunos aspectos, en particular, en cuanto a la escasa precisión de los criterios que las Administraciones públicas deberán motivar para, excepcionalmente, establecer conciertos o recurrir a cualquiera de los contratos regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del sector público, así como a cualesquiera fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen jurídico del sector público. A fin de evitar disparidad de interpretaciones sobre su alcance, que podrían afectar a la equidad de la ciudadanía en el acceso al derecho así como a la unidad de mercado, el CES estima que convendría avanzar en su concreción sobre la base de la cooperación entre los distintos Servicios de Salud en el ámbito del Consejo Interterritorial del SNS. Asimismo, se plantea el interrogante de cómo afectarán sus previsiones a los acuerdos, conciertos y contratos ya en vigor, lo que en opinión del CES debería especificarse en el propio texto del Anteproyecto.

Impacto sobre la salud de los proyectos normativos

El Anteproyecto incorpora el impacto sobre la salud y sus determinantes entre los apartados que debe contener la Memoria de análisis de impacto normativo de las propuestas legislativas que afecten a una

serie de materias tasadas consideradas determinantes de la salud. Así, se abordará el análisis desde esta perspectiva, tanto en las iniciativas normativas de contenido estrictamente sanitario o relacionadas con la salud, como en las que indirectamente pueden incidir en ella, como las del ámbito de la vivienda, la educación, el medio ambiente, el transporte, la ordenación del territorio, el ambiente laboral, la agricultura y producción de alimentos, y la salud animal y vegetal.

El CES considera que esta medida, que se hace eco del mandato contenido en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud pública, resulta muy oportuna y responde a la necesidad ampliamente demandada de evaluar el impacto sobre la salud y las desigualdades en salud de las distintas políticas públicas antes de su aplicación. Con todo, este Consejo cree que la obligación de analizar el impacto sobre la salud debería extenderse a las normas que afecten a la salud laboral, que no aparece expresamente mencionada y, en general, a todas las normas con efectos socioeconómicos.

Sobre el principio de universalidad

Desde su creación en la Ley 14/1986, una de las aspiraciones del SNS ha sido extender su acción protectora a todas las personas con residencia en España, con un contenido homogéneo y con financiación pública, dando a su ejercicio un carácter universal que requería ser reforzado, en opinión del CES. En efecto, la complejidad organizativa de un sistema superpuesto a la Seguridad

Social junto con otras circunstancias desfavorables, han dificultado el pleno avance en la consolidación de los pilares de equidad, calidad y cohesión sobre los que se asienta la protección de la salud. La aprobación del Real Decreto-ley 7/2018 supuso un cambio de línea respecto a las medidas restrictivas del alcance del SNS introducidas por el Real decreto-ley 16/2012 en el contexto de la crisis económica de 2008, al desligar el derecho a la atención de la condición de asegurado, pasando a depender de la condición de ciudadanía, en coherencia con el principio de universalidad. Sin embargo, el objetivo de la cobertura universal no quedó del todo satisfecho por la falta de inclusión de algunos colectivos, como las personas de origen español residiendo fuera de España, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, las personas ascendientes reagrupadas por un titular de derecho a la asistencia o las personas extranjeras no titulares de derecho, a quienes el Anteproyecto se propone dotar de la titularidad.

El CES valora positivamente el avance en la universalidad del sistema sanitario que acomete el Anteproyecto, considerando necesaria y oportuna esta extensión del derecho a la atención sanitaria, que asegura la cobertura de las personas cuya titularidad no había sido explícitamente reconocida. Además, a fin de completar dicha extensión, el CES estima pertinente incluir en el ámbito de la cobertura a las personas descendientes mayores de 26 años a cargo de personas de nacionalidad española residentes en el extranjero temporalmente desplazadas a España, que no han queda-

do recogidas en el texto del Anteproyecto (art. 3), y cuya exclusión no se encuentra motivada.

Sobre la recuperación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud

El artículo tercero, en su apartado cuatro, propone establecer la organización de los servicios ofrecidos por el SNS con arreglo a una única cartera común, recuperando lo dispuesto en la Ley 16/2003. Desde la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012 el conjunto de técnicas, procedimientos y recursos a través de los cuales se sustancia la atención sanitaria pública se ha venido organizando conforme a tres carteras de servicios diferentes sujetas a distintas modalidades de financiación. Así, mientras la cartera común básica de servicios asistenciales queda íntegramente cubierta por financiación pública, la cartera común de servicios accesorios y la cartera común suplementaria se encuentran sujetas a aportación de las personas usuarias. El CES valora positivamente la recuperación del modelo de cartera única como herramienta para garantizar la equidad en el acceso a los servicios del SNS, recordando la necesidad de asegurar la suficiencia de los recursos del sistema.

Sobre la coordinación socio sanitaria

Entre los retos que deben afrontar los sistemas de protección social, la coordinación socio sanitaria ocupa un lugar destacado en el actual contexto demográfico y social. El envejecimiento, que desemboca en

perfiles de morbilidad crónica y en dependencia en los últimos años de vida, unidos al aumento constante de la población de más edad, hacen necesario el refuerzo de la atención sociosanitaria de carácter integral y continuado, independientemente de donde tengan lugar los cuidados, ya sea en el domicilio, ya en centros especializados. Además, la coordinación sociosanitaria representa un factor estratégico para un aprovechamiento eficiente tanto de los recursos del sistema sanitario como de los servicios sociales, reduciendo los ingresos de larga duración en hospitales de agudos y la sobrehospitalización al final de la vida, así como retrasando la entrada en las situaciones más severas de dependencia. Por tanto, en opinión del CES, la coordinación entre los sistemas sanitario y de atención a la dependencia, así como de la red de servicios sociales, debería revertir en beneficio de las personas atendidas, mediante la mejora de la calidad asistencial, pero también del conjunto de las estructuras de protección social a través de la optimización de los recursos.

Por ello, el CES considera que cualquier avance en ese sentido merece una valoración positiva, tanto más cuanto que la coordinación sociosanitaria lleva décadas pendiente de un desarrollo sucesivamente postergado, a pesar del consenso sobre su necesidad y de la solidez de su diagnóstico. Si la Ley 16/2003 estableció el marco de referencia para ese desarrollo con la definición de la prestación de atención sociosanitaria, el Anteproyecto objeto de dictamen anticipa su refuerzo mediante la fu-

tura constitución de órganos específicos en cada comunidad autónoma. Sin embargo, dado el escaso desarrollo de la prestación y la complejidad organizativa que puede entrañar la coordinación entre distintos departamentos ministeriales y entre la AGE y las comunidades autónomas, el CES estima necesaria una mayor concreción que ayude a definir con precisión el modelo de coordinación que ha de desarrollarse.

Sobre la participación en el SNS

El Anteproyecto modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a los mecanismos de participación (art. 67), confiriendo carácter permanente al Foro Abierto de Salud, como órgano de participación ciudadana y profesional en el SNS, atribuyendo participación institucional en el mismo a una serie de organizaciones, sociedades y asociaciones ciudadanas, que concreta específicamente, cuyo ámbito de trabajo sea la acción en salud. Se mantiene, por otro lado, la escueta referencia al Foro Virtual que ya contenía la Ley 16/2003.

Como pone de relieve la Exposición de motivos del Anteproyecto, la participación ciudadana contribuye a mejorar la salud, a reducir las desigualdades y a enriquecer el contenido de las políticas públicas, legitimando la toma de decisiones en el proceso de elaboración de las políticas. Sin embargo, las previsiones del Anteproyecto no se corresponden suficientemente con la evolución experimentada por las formas de participación y representación

a lo largo de las últimas décadas, en las que ha aumentado la demanda de un mayor desarrollo del derecho de participación de la ciudadanía en los asuntos públicos, en paralelo a las exigencias de mayor transparencia, integridad y colaboración en el contexto de modernización de las Administraciones, las políticas y la mejora de la calidad institucional. La participación ciudadana es inseparable de los valores de transparencia y rendición de cuentas, tal y como se contempla en el IV Plan de gobierno abierto, que se propone impulsar, fortalecer y mejorar la calidad de la participación en la gestión pública, mejorando la implicación de todas las instituciones en la construcción de una Administración abierta a la ciudadanía. El CES valora positivamente el carácter permanente de que se dota al Foro Abierto de Salud, como principal modificación respecto a la normativa en vigor. Por otro lado, en coherencia con esa mayor apertura en la participación que preconizan los objetivos de gobierno abierto, se echa en falta una mayor presencia de las asociaciones de personas consumidoras y usuarias más representativas en los distintos Foros y el CES entiende necesario impulsar los Consejos de Salud de Área contemplados en el artículo 58 de la Ley general de Sanidad.

Sobre la igualdad en el acceso y la coordinación en el SNS

Garantizar la cohesión y la equidad en el SNS, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas de personas con derecho a la asistencia sa-

nitaria constituye la finalidad del Fondo de Garantía Asistencial cuya creación estaba prevista en el artículo 3 del Real Decreto-ley 16/202, que el Anteproyecto modifica, remitiendo al desarrollo reglamentario la determinación de los supuestos, tipos de atención sanitaria e importes a liquidar a cada servicio de salud. En opinión del CES, es necesaria la materialización, desarrollo y concreción de los mecanismos de funcionamiento del Fondo de Garantía Asistencial. En todo caso, el Consejo entiende que facilitar la movilidad de los pacientes constituye uno de los principales exponentes de la necesidad de avanzar en una mayor coordinación entre los Servicios de Salud autonómicos, si bien no es el único supuesto en que se manifiesta. El CES estima que, independientemente de la situación o del lugar de residencia de las personas, la igualdad efectiva en el acceso a los servicios requiere el impulso y el refuerzo de la plena operatividad en todo el SNS de instrumentos y herramientas que faciliten dicha coordinación como, sin ánimo de exhaustividad, la historia clínica digital o la receta electrónica.

Acceso y tratamiento de datos en el ámbito sanitario

El CES valora positivamente el esfuerzo que realiza el Anteproyecto para sistematizar y compendiar la normativa vigente y concretar los criterios a seguir por las autoridades

sanitarias competentes en relación con el tratamiento de datos de salud para la planificación, gestión y evaluación de las políticas públicas, para la asistencia sanitaria, para la vigilancia de la salud pública y para la investigación en salud.

El SNS afronta una profunda transformación vinculada a la digitalización y el desarrollo de herramientas diagnósticas, predictivas y de terapias avanzadas que pueden aportar grandes beneficios en salud, apoyadas en la ciencia de datos. Algunos de estos procesos y abordajes clínicos innovadores suponen la incorporación de datos genómicos de las personas, junto con datos clínicos, radiológicos, de exposición ambiental, de hábitos de vida e incluso de determinantes socioeconómicos y otro tipo de información relevante para la salud. Se trata, en opinión del CES, de datos particularmente sensibles y de ahí la importancia de extremar las cautelas en relación con la privacidad e intimidad de las personas, garantizando la confidencialidad y la protección en el tratamiento de los datos, en los términos previstos en el Reglamento Europeo de Protección de Datos y en la LOPD, así como la necesaria prevención y eliminación de cualquier actuación o sesgos potencialmente discriminatorios que pudieran afectar, directa o indirectamente, a la toma de decisiones sobre la salud individual y pública.

4. Conclusiones

El CES valora positivamente el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, univer-

salidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las observaciones expresadas en el cuerpo de este dictamen.

Madrid, 8 de junio de 2022

Vº. Bº El Presidente
Antón Costas Comesaña

La Secretaria General
María Soledad Serrano Ponz

Voto particular que formulan los consejeros y consejeras del grupo tercero Jerónima Bonafé Ramis (CEPES), José Ignacio Conde Ruiz (Expertos), Francisco Javier Goienetxea Urkaregui (CEPES), Félix Martín Galicia (HISPACOOOP), Miguel Martínez Cuadrado (OCU), Matilde Mas Ivars (Expertos), Fernando Móner Romero (CECU), Eduardo Navarro Villarreal (COAG), Javier Ojeda González Posada (APROMAR), José Basilio Otero Rodríguez (Federación Nacional de Cofradías de Pescadores), Juan Antonio Pedreño Frutos (CEPES), Gustavo Samayoa Estrada (FUCI), Raymond Torres Martín (Expertos) y Emili Villaes-cusa Blanca (CEPES)

Sobre la participación en el Sistema Nacional de Salud

El Anteproyecto modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a los mecanismos de participación (art. 67), confiriendo carácter permanente al Foro Abierto de Salud como órgano de participación ciudadana y profesional en el SNS, atribuyendo participación institucional en el mismo a una serie de organizaciones, sociedades y asociaciones ciudadanas, que concreta específicamente, cuyo ámbito de trabajo sea la acción en salud. Se mantiene, por otro lado, la escueta referencia al Foro Virtual que ya contenía la Ley 16/2003.

Como pone de relieve la Exposición de motivos del Anteproyecto, la participación ciudadana contribuye a mejorar la salud, a reducir las desigualdades y a enriquecer el contenido de las políticas públicas, legitimando la toma de decisiones en el proceso de elaboración de las políticas. Sin embargo, las previsiones del Anteproyecto no se corresponden con la evolución experimentada por las formas de participación y representación a lo largo de las

últimas décadas, en las que ha aumentado la demanda de un mayor desarrollo del derecho de participación de la ciudadanía en los asuntos públicos, en paralelo a las exigencias de mayor transparencia, integridad y colaboración en el contexto de modernización de las Administraciones, las políticas y la mejora de la calidad institucional. La participación ciudadana es inseparable de los valores de transparencia y rendición de cuentas, tal y como se contempla en el IV Plan de gobierno abierto, que se propone impulsar, fortalecer y mejorar la calidad de la participación en la gestión pública, mejorando la implicación de todas las instituciones en la construcción de una Administración abierta a la ciudadanía. En contraste con estas previsiones, los consejeros firmantes estiman que el Anteproyecto aporta escasas novedades en este ámbito, no guardando relación lo manifestado en la Exposición de motivos con el desarrollo del articulado. La configuración de la participación en tres niveles (Comité Consultivo, Foro Abierto de Salud y Foro Virtual) impide la participación real y activa de la mayoría de los colectivos interesados en el siste-

ma, limitándola de hecho a un foro que se reunirá, según el Anteproyecto, al menos una vez al año y del que ni siquiera se desarrollan sus funciones. En este sentido los consejeros y consejeras firmantes quieren recordar la importancia y el protagonismo que tienen los colectivos con discapacidad, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, sociedades científicas o asociaciones de personas usuarias para contribuir a la calidad del sistema sanitario.

Por ello, estimamos que se debería reconsiderar el modelo de participación propuesto en el Anteproyecto de Ley, limitándolo a un solo órgano en el que estén presentes además de representantes de la Administración, representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, colectivos profesionales y ciudadanos cuyo ámbito de trabajo es la salud, además de incluir a las asociaciones de personas usuarias.

Madrid, 10 de junio de 2022.



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA