

**Aportaciones de la Asociación de Economía de la Salud (AES) al
Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para
consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de
Salud**

Versión 15/11/2021

<https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2021/171121-anteproyectoequidad.aspx?qfr=2>

https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf

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

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

Se modifican aspectos de la LGS mediante:

-La reaparición de un nuevo artículo 47, sustituyendo al previamente derogado de creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ahora referido a “Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud”.

-La adición al artículo 90 -que versaba sobre la operativa de Las Administraciones Públicas Sanitarias en el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas - de un 90 bis sobre Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.

En el segundo de los tres apartados del nuevo artículo 47 se establece que *“La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la presente Ley”*. A continuación, en su tercer apartado, dispone que *“En el marco de la gestión del Sistema Nacional de Salud, la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público”*.

Además, establece que *“El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley”*.

En cuanto a la motivación declarada, se afirma en el preámbulo que el artículo primero *“parte del concepto de que lo que es de todos y de todas es para todos y para todas, mediante el establecimiento como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, aquellas que sean de gestión directa de carácter público”*.

Más llamativa aun es la afirmación de que *“Esta modificación se acuna en los principios que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud, como no puede ser de otra forma, incorporó al ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS): un modelo de organización de los centros y servicios sanitarios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social”*.

Adicionalmente en el preámbulo aparece una frase que no se traduce en el articulado pero que merece un comentario en sí. Tras explicitar la cuestionable motivación de la preferencia por *“la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social”* se añade un extemporáneo *“Todo ello, sin perjuicio y sin afectar, como así viene siendo, al régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus*

beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas”.

- **Valoración de la modificación propuesta**

El artículo primero establece la gestión pública directa como forma preferente para la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios, dejando como excepcional el recurso a otras formas de gestión. Nos parece equivocado dejar a las preferencias ideológicas lo que ha de dirimirse en el terreno de la evaluación. El texto parece ignorar el progresivo deterioro del SNS: la pérdida del porcentaje de financiación pública (ya por debajo del 70%), el aumento del aseguramiento privado, y el olvido del capital humano ya que el citado componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia invierte en compra de aparatos, pero no en capital humano. El excelente sistema sanitario con mal pronóstico del que hace más de una década venimos escribiendo necesita de una gestión pública con instrumentos resolutivos incorporados a partir de las mejores prácticas conocidas.

El contenido de una gestión pública con instrumentos ha sido abordado en diversas publicaciones de AES¹ o de algunos de sus integrantes, como un reciente artículo² del que se entresacan seguidamente algunos párrafos. En definitiva, la ausencia de una verdadera cultura evaluadora en la Administración española impide contar con evidencia suficiente y rigurosa sobre cómo han funcionado hasta el momento las distintas fórmulas de gestión sanitaria, ya sean integralmente públicas o de colaboración público-privada, tanto los tradicionales conciertos hasta los más complejos

¹ <http://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas/>

² Meneu R, Urbanos R, Ortún V. Colaboración público-privada en Sanidad: También para que ‘Gestión Pública’ pase de oxímoron a pleonasma. Economía y Salud 19 abril, 2021 (disponible en <http://www.aes.es/blog/2021/04/19/colaboracion-publico-privada-en-sanidad-tambien-para-que-gestion-publica-pase-de-oximoron-a-pleonasma/>)

contratos de alta tecnología o las concesiones administrativas, que prestan asistencia sanitaria integral en determinadas áreas de salud. En lo concerniente a la colaboración en el ámbito de la atención primaria, los pocos estudios disponibles que evalúan las Entidades de Base Asociativa (EBAs), una experiencia de ámbito exclusivamente catalán formada por cooperativas de profesionales con las que el *Servei Català de la Salut* concierta la asistencia a cambio de una cápita, muestran resultados positivos³ tanto desde la perspectiva del ahorro como en lo concerniente a indicadores de calidad y satisfacción. Sin embargo, en lo que respecta a la atención especializada no existe evidencia concluyente que incline la balanza de manera sistemática hacia las entidades privadas.

Otro trabajo reciente⁴ sugiere que una mayor eficiencia tiende a asociarse a un marco flexible de regulación y gestión, alejado de las limitaciones autoimpuestas⁵ para la Administración Pública común. No obstante, es necesario destacar la orientación excesivamente productivista de la mayor parte de estos estudios. Los pocos trabajos que incorporan indicadores de resultado final y de calidad indican que no hay diferencias significativas en términos de adecuación, seguridad, eficiencia y efectividad clínica⁶.

También se motiva afirmando que *“Esta modificación se acuna en los principios que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud, como no puede ser de otra forma, incorporó al ámbito del SNS: un modelo de organización de los centros y servicios sanitarios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones*

³ Ledesma Castelltort A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012; 26(S1): 57-62 (Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003918>)

⁴ Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. (2019) Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gaceta Sanitaria, 33(S):325-332 (Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-multinivel-eficiencia-tecnica-hospitales-articulo-S0213911118300682>)

⁵ Meneu, R. y Ortún, V. (2011), «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis», Gac Sanit, 25. (4):333-8. (Disponible en: <https://scielosp.org/article/gs/2011.v25n4/333-338/>)

⁶ Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. (2019) A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy;123(4):412-418.

sanitarias de la Seguridad Social". Ciertamente el dispositivo asistencial que conocemos hunde sus raíces en diferentes épocas del régimen totalitario y algunos aspectos de éste pervaden el diseño institucional sanitario que, al igual que lo hicieron las élites rectoras, se incorporó sin dificultad a la andadura constitucional. Para entender y valorar la evolución de algunos aspectos del SNS relevantes para su buen gobierno conviene tener presentes sus rasgos originarios de escasa rendición de cuentas, opacidad de funcionamiento y formas peculiares de participación, inicialmente encauzadas a través del partido único y de la trinidad familia, municipio y sindicato. Una mirada más atenta también permite apreciar las inercias heredadas de sus orígenes totalitarios: a) La vinculación «natural» de su dirección a la voluntad de la articulación política triunfante, sin que ello suponga necesariamente cambios en las políticas sanitarias, pero sí relevos en los directivos en función de sus lealtades y confianzas; b) La consiguiente «despolitización» —que no «despartisanización»— de la acción política, con crecientes componentes de «bandería» y enfrentamiento espectacular; y c) El desplazamiento desde «una fuerte y jerárquica organización de gerencia» hacia una progresiva cesión de confianza en la tecnoestructura del sistema, «con predominio de los órganos colegiados»⁷, tendencia revocada al comenzar su moderna andadura democrática⁸.

Por otra parte, en el texto se afirma que *“Tal y como se establece en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (...) el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas”*. Sin embargo, se omite el precepto simétrico del artículo 294 por el que *“El rescate de la concesión (por la Administración para su gestión directa por razones de interés*

⁷ Instituto Nacional de Previsión. Los seguros sociales en España de 1936 a 1950: informe sobre las actividades y resultados de la gestión del Instituto Nacional de Previsión presentado por Luis Jordana de Pozas. Madrid: Gráficas Orbe; 1953

⁸ Meneu R. Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora. En V. Ortún (dir), El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer, Healthcare, 2009.

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.

Finalmente, sobre la inopinada afirmación en el preámbulo que reza *“Todo ello, sin perjuicio y sin afectar, como así viene siendo, al régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social”* gestionados por MUFACE, MUGEJU e ISFAS, hay que destacar que precede a la que enumera los principios que guían la motivación de la reforma. Dada la ausencia de aparato dispositivo referido a esos regímenes, esa secuencia parece una broma de mal gusto pues se enarbolan los rasgos de *“sin diferencias ni desigualdades entre individuos, bajo los principios de cohesión, equidad, excelencia, eficiencia y seguridad.”*

Porque es difícil no ver desigualdades, falta de cohesión y quiebra de equidad en la no afectación de los regímenes que permite que amplios colectivos de empleados públicos – entre los que no se cuentan los sanitarios - sean los únicos con derecho a recibir asistencia sanitaria por aseguradora distinta al conjunto del SNS, así como los únicos que pueden eludir en su acceso a la asistencia especializada disfrutar de los servicios de la Atención Primaria, tan a menudo retóricamente considerada *“piedra angular del SNS”*.

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

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

El artículo segundo del Anteproyecto modifica varios artículos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de

Salud. Uno de los artículos modificados es el artículo 8, concerniente a la cartera común de servicios del SNS.

Hasta la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 la cartera común del SNS era única y no segmentada en varias, como ocurre en la actualidad. Así se recoge de hecho en el artículo 3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, cuando indica en su apartado primero que los “servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes”.

El Real Decreto-Ley 16/2012 dividió la cartera común del SNS en tres modalidades: (1) la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente; (2) la cartera común suplementaria del SNS, que incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, en concreto: la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietoterápicos y el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas; (3) la cartera común de servicios accesorios del SNS, que contiene todas aquellas actividades y servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico.

El artículo segundo cuatro del Anteproyecto reestablece una única cartera común, indivisible, limitando además las aportaciones de los usuarios únicamente a la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios. Este blindaje de los usuarios frente a nuevos copagos que pudieran aplicarse a los productos dietoterápicos y al transporte sanitario no urgente, así como ante posibles modificaciones de los existentes, es, de hecho, el argumento capital esgrimido en la exposición

de motivos de la norma para justificar la necesidad de la reforma del artículo 8 de la Ley 16/2003.

- ***Valoración de la modificación propuesta***

- 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 posibles, a fin de introducir una mayor coherencia en los procesos evaluadores de tecnologías sanitarias actualmente vigentes en el SNS.
- Sirva como ejemplo del dispar grado de (in)definición de los criterios aplicables a uno y otro tipo de tecnologías el hecho de que mientras

el artículo 21 de la Ley 16/2003 cita entre los requisitos que debe verificar la evaluación preceptiva y previa a su utilización en el SNS, por la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS), “Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente”, sin llegar a concretar qué se entiende por “eficiencia”, el artículo 92 de la Ley 29/2006, en cambio, explicita entre los criterios que deben satisfacer los medicamentos que sean incluidos en la prestación farmacéutica de la cartera común el “Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad” y, añade, que “Para la decisión de financiación de nuevos medicamentos, además del correspondiente análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario, se tendrá en cuenta el componente de innovación, para avances terapéuticos indiscutibles por modificar el curso de la enfermedad o mejorar el curso de la misma, el pronóstico y el resultado terapéutico de la intervención y su contribución a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud si, para un mismo resultado en salud, contribuye positivamente al Producto Interior Bruto”.

- Esta ausencia, en la legislación antes mencionada, 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 anteriormente citada 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, y que fue promovido por un grupo de socios de AES, reclamando la creación de una Autoridad Independiente de Evaluación de Intervenciones Sanitarias y Políticas de Salud (en lo sucesivo, AIEPS), 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.

- Hay varias referencias que pueden consultarse⁹ para comprender las características, filosofía y rango de actuación y competencias que debería poseer la AIEPS. En esencia, el objetivo perseguido es vertebrar la dispersión reinante en materia de evaluación de intervenciones sanitarias en el SNS, homogeneizando procesos y métodos, siguiendo estándares elevados de rigor metodológico y transparencia, sin menoscabo de la imprescindible agilidad con que deben efectuarse las recomendaciones de incorporación (total o con restricciones solo para determinadas indicaciones y usos) o denegación de nuevas prestaciones en la cartera común de servicios del SNS. No se trata de usurpar la labor en red que ya realizan la agencias y órganos de evaluación de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, sino de canalizar de un modo mucho más coherente sus esfuerzos, armonizando criterios, métodos y procedimientos, dentro de un esquema de evaluación continua, longitudinal, que abarque tanto la fase previa a su

⁹ Por ejemplo, el documento de trabajo elaborado por los profesores Juan Oliva y Jaume Puig, socios de AES, y que puede consultarse aquí: <https://cms.bsm.upf.edu/sites/default/files/inline-files/working-paper-09-juan-oliva-jaume-puig-junoy.pdf>, así como el reciente debate de Pilar Pinilla, José María Abellán, Juan Oliva y Pedro Gómez Pajuelo ([aquí](#)).

introducción en la cartera, como su desempeño posterior, ya en condiciones de práctica clínica real.

- Dentro de este esquema, tal y como ha reivindicado el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS, a propósito de las carencias de los informes de posicionamiento terapéutico de nuevos medicamentos¹⁰, debe pesar el balance coste-efectividad de las tecnologías candidatas, y su comparación con un determinado rango de razones coste-efectividad admisibles (umbral de eficiencia) para el SNS, condición imprescindible para tomar en consideración, de algún modo, el coste de oportunidad de los recursos sanitarios. A este respecto, hay que resaltar que la propia RedETS, en el marco de su Plan Anual de Trabajo, comisionó al Servicio Canario de Salud para la estimación del umbral coste por Año de Vida Ajustado de Salud del SNS, dando lugar a dos aproximaciones, una del lado de la oferta¹¹ y otra de la demanda¹², ya publicadas, y que en buena lógica deberían de ser el punto de partida para establecer ese rango admisible de razones coste-efectividad que antes se mencionó.
- Asimismo, la creación de la AIEPS debería de servir para ampliar y fortalecer los nodos de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias, particularmente en el área económica, recurriendo a equipos evaluadores del mundo académico, tal y como hace el NICE, que revisen y complementen en su caso, la información económica y evaluaciones de parte que presente la industria fabricante.
- Cabe efectuar una última observación acerca de los atributos que deberían de adornar a la nueva AIEPS, y es la necesaria garantía de su independencia a semejanza, por ejemplo, del propio NICE o, más cercanamente, de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF). Dicha independencia debería de asegurarse por Ley, dotando de personalidad jurídica propia y diferenciada a la nueva

¹⁰ Véase: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/CAPF_Consenso_IPT_200625.pdf.

¹¹ Véase: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3633>.

¹² Véase: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-019-01140-4>.

institución, tal y como, de hecho, se plantea en la disposición adicional única del Anteproyecto para la RedETS, en forma en este caso de consorcio.

Sobre el artículo cuarto del Anteproyecto de Ley por el que se modifica la aportación de los usuarios a la prestación ortoprotésica y se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

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

Una consecuencia del artículo segundo cuarto del Anteproyecto de ley, que restablece la cartera única financiada públicamente, es la modificación que se incluye en el artículo cuatro que modifica la aportación de los usuarios a la prestación ortoprotésica.

La norma actual modifica el artículo 9 del Real Decreto-Ley 16/2012, de forma que se equipara y se homogeneizan de manera automática la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica.

La principal motivación declarada en el anteproyecto para dicha modificación es el aumento en los últimos dos años de los colectivos exentos de la aportación farmacéutica que se han añadido con el objetivo *“de eliminar las barreras económicas que supone el copago para el acceso a los medicamentos que los pacientes necesitan y son prescritos por los médicos del sistema sanitario público”*. Estos nuevos colectivos incluyen: personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción; y pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta

anual sea inferior a 5.635 euros, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

Asimismo, recordemos que las modificaciones impuestas por el artículo segundo del Anteproyecto se establecían también bajo la motivación de evitar que se introdujeran nuevos copagos sanitarios sobre servicios que carecían de ellos y evitar la posibilidad de que se modificasen los copagos existentes, lo que *“podría conllevar situaciones de inequidad al no poder ser asumidos por los sectores de la población más vulnerables”*.

- ***Valoración de la modificación propuesta***

- Como señalábamos anteriormente en la valoración de la modificación propuesta por el artículo segundo, la unificación de la cartera común merece una valoración positiva como una medida integradora, que cohesiona el conjunto de servicios contenidos en la cartera, reconociendo su “consideración de básicos y comunes”. En este sentido, 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.
- Desde AES, hemos abogado por una reforma estructural del actual sistema de copagos y realizado propuestas encaminadas a avanzar desde el actual copago, lineal y obligatorio, hacia otro, evitable y basado en criterios de efectividad y coste-efectividad. En el documento “Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y Propuestas de Avance” publicado en 2014 que puede consultarse aquí: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf, se realizan una serie de recomendaciones que a día de hoy siguen

vigentes. Por otro lado, en el documento publicado por FEDEA elaborado por los profesores Beatriz González, Jaume Puig y Santiago Rodríguez se realiza una revisión de experiencias internacionales y define una serie de propuestas de diseño de sistemas de copagos que puede consultarse aquí:

<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>.

- A continuación, resumimos algunas de las principales propuestas específicas para el sistema de copagos en España resaltadas en dichos documentos:
 - 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.

Sobre la introducción de dos artículos adicionales en el Anteproyecto de Ley en relación a 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 España 2050, 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, 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, continua 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 (página 22) se prevé una “Nueva Ley de Medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud Nueva Ley Medidas legislativas para reforzar la equidad, universalidad y cohesión del SNS”. El segundo apartado de la descripción de los propósitos principales, dice lo siguiente: “Incluir el enfoque de Salud en todas las políticas. Todas las normas que se elaboren en el ámbito del Gobierno Central deberán contar con un informe previo sobre su impacto en salud”. Este propósito se refleja en el preámbulo antes comentado y, de

- nuevo, no contribuye a la coherencia política no incluir en la Ley lo que razonadamente se señaló como propósito principal.
- España 2050, 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:
 - Artículo. 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. Así mismo se evaluará el impacto en las desigualdades en salud de la población. La evaluación de impacto en salud que se realizará de acuerdo a 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, maximice los resultados en términos de salud y reducción de las desigualdades en salud.

- Artículo. 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. Así mismo se evaluará el impacto en las desigualdades en salud de la población. La evaluación de impacto en salud que se realizará de acuerdo a 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, maximice los resultados en términos de salud y reducción de las desigualdades en salud.

Barcelona, 5 diciembre 2021

Junta Directiva de AES